

SOLICITUD DE ASISTENCIA TÉCNICA	Equipo de Origen <input type="checkbox"/> Reposición <input type="checkbox"/>
--	---

Empresa que presenta la reclamación/taller: <input style="width: 95%;" type="text"/>	Persona de contacto (Teléfono y eMail): <input style="width: 95%;" type="text"/>
Dirección <input style="width: 95%;" type="text"/>	Poblacion <input style="width: 40%;" type="text"/> Provincia <input style="width: 40%;" type="text"/>

MAQUINARIA

Marca <input style="width: 95%;" type="text"/>	Modelo <input style="width: 95%;" type="text"/>	Año Fabricacion <input style="width: 95%;" type="text"/>	
Matrícula <input style="width: 95%;" type="text"/>	Chasis <input style="width: 95%;" type="text"/>	Relación Mecánica <input style="width: 95%;" type="text"/>	Horas <input style="width: 95%;" type="text"/>
Tractor agrícola <input type="checkbox"/> Cosechadora <input type="checkbox"/> Remolque <input type="checkbox"/> Retroexcavadora <input type="checkbox"/> Telescópica <input type="checkbox"/> Otra (indicar): <input style="width: 95%;" type="text"/>			

NEUMÁTICOS

¿Se ha visto alguno de los neumáticos reclamados implicado en un accidente?	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
En caso de accidente, ¿Se han producido daños personales?	Si <input type="radio"/> No <input type="radio"/>

DELANTERA IZQUIERDA * M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Dimensión <input style="width: 95%;" type="text"/> Modelo: <input style="width: 95%;" type="text"/> DOT/NºSerie <input style="width: 95%;" type="text"/> Horas de trabajo: <input style="width: 40%;" type="text"/> Presion: <input style="width: 40%;" type="text"/> Altura Taco (mm): <input style="width: 95%;" type="text"/> Llanta: <input style="width: 95%;" type="text"/> Agua: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	DELANTERA DERECHA * M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Dimensión <input style="width: 95%;" type="text"/> Modelo: <input style="width: 95%;" type="text"/> DOT/NºSerie <input style="width: 95%;" type="text"/> Horas de trabajo: <input style="width: 40%;" type="text"/> Presion: <input style="width: 40%;" type="text"/> Altura Taco (mm): <input style="width: 95%;" type="text"/> Llanta: <input style="width: 95%;" type="text"/> Agua: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
---	---

TRASERA IZQUIERDA * M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Dimensión <input style="width: 95%;" type="text"/> Modelo: <input style="width: 95%;" type="text"/> DOT/NºSerie <input style="width: 95%;" type="text"/> Horas de trabajo: <input style="width: 40%;" type="text"/> Presion: <input style="width: 40%;" type="text"/> Altura Taco (mm): <input style="width: 95%;" type="text"/> Llanta: <input style="width: 95%;" type="text"/> Agua: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	TRASERA DERECHA * M <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Dimensión <input style="width: 95%;" type="text"/> Modelo: <input style="width: 95%;" type="text"/> DOT/NºSerie <input style="width: 95%;" type="text"/> Horas de trabajo: <input style="width: 40%;" type="text"/> Presion: <input style="width: 40%;" type="text"/> Altura Taco (mm): <input style="width: 95%;" type="text"/> Llanta: <input style="width: 95%;" type="text"/> Agua: <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
---	---

USUARIO

Nombre y Apellidos <input style="width: 95%;" type="text"/>			
Dirección: <input style="width: 95%;" type="text"/>	Nº/Piso/Puerta <input style="width: 95%;" type="text"/>	C.P. <input style="width: 95%;" type="text"/>	
Localidad: <input style="width: 95%;" type="text"/>		Provincia: <input style="width: 95%;" type="text"/>	
Teléfono: <input style="width: 95%;" type="text"/>	Móvil: <input style="width: 95%;" type="text"/>	Fax: <input style="width: 95%;" type="text"/>	
e.mail: <input style="width: 95%;" type="text"/>			

DESCRIPCIÓN DE LA INCIDENCIA

En _____ a _____ de _____ 2.01

Firma o sello de la empresa que presenta la reclamación si se envía impreso o por fax.