

PROMAX® REPORTE DE INSPECCIÓN

****Favor llenar por completo todos los campos, usar 'N/A' si un campo no aplica a este Reporte****

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Fecha: _____
Nombre del Taller: _____ Nombre del Distribuidor: _____
Persona Contacto: _____ Persona Contacto: _____
Direccion: _____ Numero Telf/Celu: _____
Ciudad/Edo./Provincia: _____
Codigo Postal / Pais: _____

NUMERO DE PARTE(S) AFECTADAS: _____

Año Vehiculo: _____ Codigo del Producto: _____
Marca Vehiculo: _____ Condicion de la Parte, si Aplica:
Modelo Vehiculo: _____ Instalada Nunca Instalada
KM/Milas al Instalar Parte: _____ KM/Milas al Remover Parte: _____

PREOCUPACION DEL CLIENTE / DESCRIPCION DEL PROBLEMA:

Chirrido Grave Pulsaciones Desgaste Cónico Chillido Alto Desgaste Desigual Parte No Cuadra Desprendimiento o Despegado
 Da Un Tiron Vibracion Polvo, Sucio Error De Catalogo Envase Equivocado Desgaste Prematuro

Razones por el Reemplazo: _____

LISTA DE DOCUM. (Incluir Todos los documentos de Soporte con esta Forma tan Completa como pueda)

Copia de Factura Original de Compra Juego de Pastilla en cuestionam.(Parte **DEBE** incluirse)
 Copia de Factura Original de Instalacion Copia del Recibo de Compra/Reemplazo
 Copia de Factura de Reparacion/Reemplazo

FAVOR ENVIAR TODA PETICION DE ANALISIS DE PRODUCTO A :

ProMax Auto Parts Depot -Tech Services
26 Westwyn Crt
Brampton, Ontario
L6T 4T5 - Canada

RESULTADOS DE LA INSPECCION (de Uso Interno):