

FORMULARIO DE EXTENSIÓN DE GARANTÍA DE COLCHÓN

DANRELAX

DATOS DEL CLIENTE

- Nombre y Apellidos:
- Correo Electrónico:
- Teléfono (con prefijo de país):

DATOS DE LOCALIZACIÓN

- Dirección:
- Código Postal:
- Población:
- Provincia:
- País:

DATOS DEL COLCHÓN

- Modelo del Colchón:
- Medida:
- Número de Pedido:
- Fecha del Pedido:
- Número de Factura:
- Fecha de Factura:

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA

- Adjuntar imagen de la factura
- Adjuntar fotos del colchón

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Al enviar este formulario, confirmo que:

He leído y acepto los términos y condiciones de la extensión de garantía.

Entiendo que la extensión de garantía estará sujeta a la validación de DANRELAX y que recibiré una confirmación de activación una vez evaluada mi solicitud.

Fecha : _____

Por favor, complete todos los campos para solicitar la extensión de garantía de su colchón DANRELAX. Asegúrese de adjuntar toda la documentación requerida para validar su solicitud.