



Formulario de cambio, anulación y devolución de producto

INSTRUCCIONES:

- Enviar formulario completo junto al producto hacia Avenida Américo Vespucio 1980, Conchalí Of.401-04, Región Metropolitana. A nombre de Asociación Chilena de Municipalidades con Farmacias Populares RUT 65.142.446-1.
- Una vez enviado se debe notificar vía correo comercial@achifarpchile.cl el número de seguimiento entregado por la empresa de logística contratada.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN CLIENTE

Nombre: _____
Apellido: _____
Rut: _____ - _____

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PEDIDO:

Fecha de Compra: _/ _/ ____
Numero de Boleta / Factura: _____

INFORMACIÓN DE SOLICITUD

Selecciona tipo de solicitud: __CAMBIO__ANULACION_

_____DEVOLUCIÓN Detalle de
Solicitud: _____

_____.

Nuevo producto o talla solicitado (en caso de Cambio):

_____.

FIRMA DE SOLICITUD

(Declaro conocer Términos y Condiciones publicados en
www.achifarpchile.cl)