

	SOLICITUD DE SERVICIO	A completar por Worklift S.A. Nº Solicitud:
---	------------------------------	---

A completar por el cliente

Sr. Responsable Comercial
WORKLIFT SA

S / D

Lugar y fecha, de de

Por medio de la presente la empresa:

Razón social (empresa a facturar el servicio)	
CUIT (*)	
Domicilio (*)	
Persona de contacto	
Teléfono (*)	
Mail (*)	

Solicita la inspección / cotización de la inspección de los equipos que se detallan a continuación:
(Mantener solamente la opción que se solicita)

Item	Tipo de equipo	Capacidad de carga (si corresponde)	Marca	Propietario	Locación donde se realizará la inspección

Solicita la realización / cotización de los cursos que se detallan a continuación:
(Mantener solamente la opción que se solicita)

Item	Nombre del Curso	Cantidad participantes	Cantidad de cursos (si se repiten)	Tipo: C: curso R: Revál.	Carnet Sí: S No: N	Lugar donde se realizará la capacitación

Viáticos aproximados (A completar por Representante comercial de Worklift S.A):

Solicitó (Nombre y Apellido):

Cargo:

Nota 1: Enviar por e-mail a: info@worklift.com.ar

Nota 2: Este formulario se encuentra disponible en nuestra página Web: www.worklift.com.ar