

Folio de acompañamiento

(Por favor adjunte con el dispositivo)



Número de referencia:

Empresa:	
Persona de contacto:	
Dirección:	
Código Postal:	
Número de teléfono:	
Dirección Email:	

Detalles del disco/dispositivo:			
Marca:		Capacidad:	
Modelo		Sistema Operativo:	
Tipo de disco:		Cantidad de datos ocupados:	

Descripción del problema (Indique los máximos detalles posibles, incluyendo carpetas/archivos prioritarios)

--

Tipo de servicio deseado:	<input type="checkbox"/> Servicio estándar	<input type="checkbox"/> Servicio Express
---------------------------	--	---

Por favor adjunte con su dispositivo y envíe a uno de los siguientes centros:

Delegación Regional de Madrid:
Clínica De Datos
Calle de María de Molina,39,
8th Floor,
28006 Madrid

Oficina Regional de Barcelona:
Clínica De Datos
Gran Vía de les Corts Catalanes 583,
5th floor,
08011 Barcelona

