

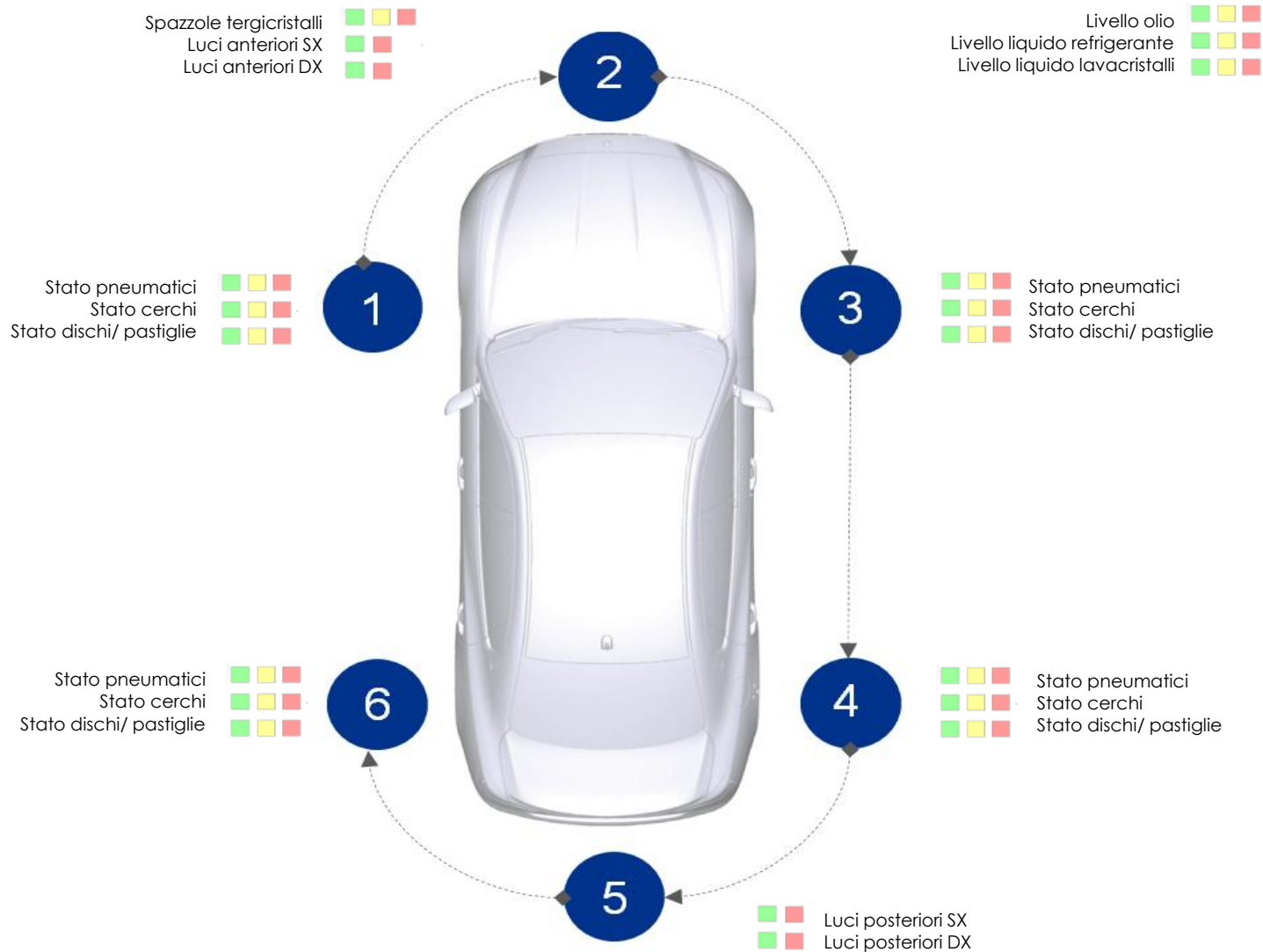


WALK-AROUND CHECKLIST

Data Ingresso
Nome Cliente
Modello Vettura
Targa
VIN
Ordine di Lavoro N.
KM/ M
 Richiesto rifornimento carburante ☐ NO ☐ SI
Richiesta pulizia Interno ☐ NO ☐ SI Esterno ☐ NO ☐ SI
Spia(e) Accesa(e) NO ☐ SI ☐ (Specificare) _____
Messaggi in memoria NO ☐ SI ☐ (Specificare) _____
Vettura di cortesia
Data concordata per la riconsegna

Extra / Note

Service Advisor (Nome e Firma)
Firma del Cliente



LEGENDA	☐ Controllato e OK
	☐ Da tenere monitorato
	☐ Non OK, necessita sostituzione/ riparazione

Danni di carrozzeria	☐ NO ☐ SI (specificare posizione)
Danni ai cristalli	☐ NO ☐ SI (specificare posizione)