

RETURBLANKETT

Gäller artikel:

Serienummer produkt (om möjligt):

- | | | |
|--------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | GARANTI ÅBEROPAS | Fakturakopia obligatorisk. |
| <input type="checkbox"/> | KOSTNADSFÖRSLAG | Felsökning + frakt debiteras. |
| <input type="checkbox"/> | REPARATION / SERVICE | Felsökning + frakt debiteras. |
| <input type="checkbox"/> | ÖVRIGT | Lämna felbeskrivning i meddelandefältet nedan. |

Meddelande / Beskrivning. Fyll i så utförligt som möjligt för snabbare hantering.

Avsändare

Namn / Kundnr:

Kontaktperson:

Tel. kontaktperson:

E-post kontaktperson (om möjligt):

Adress:

Fakturanummer:

Datum och underskrift:

För att vi ska kunna hantera ert ärende måste samtliga fält vara ifyllda.