

Reparation/Retursedel

Retur Reparation

Datum:

Ordernummer/fakturanummer:
_____Företag:
_____Adress:
_____Postadress:
_____Kontaktperson:
_____Tele:
_____E-Post:
_____Art.nr:
_____Antal:
_____Orsak:
_____Övrigt:

_____**OBS! Bifoga alltid fakturakopia vid garantianspråk.**

Intern handläggare _____

Ärendet avslutat _____

Besöksadress
Sågverksgatan 28
65221 KARLSTADPostadress
Box4050
650 05 KARLSTADTel:
054-522000
Fax:
054-524758Org.nr:
556209-4085
Hemsida:
www.flexscandinavia.se

Viktig Inforation

Vid retur gäller följande:

- Varan ska vara väl emballerad i obruten originalförpackning.
- Fakturaunderlag krävs.
- Vid retur tillämpar vi returavdrag.
- Korrekt ifyllt formulär.

Vid garantireparation gäller följande:

- Vid garantianspråk krävs alltid ett fakturaunderlag.
- Fraktkostnad till verkstad bekostas av kunden själv och vid en eventuellt godkänd garanti tillkommer ingen returfrakt.
- Ev. trasig maskin byts ej ut innan utlåtande från auktoriserad garantiverkstad.