

RETURSEDEL

Kontaktperson hos Megacon i detta ärende:	Telefonnummer:
---	----------------

Kunden ska komplettera nedanstående uppgifter:

Ifylld blankett skickas <u>tillsammans</u> med godset till: Megacon AB Ranhammarsvägen 20 168 67 Bromma	Kundens eventuella returnummer: Datum:	Anledning till returen: <input type="checkbox"/> Defekt enhet <input type="checkbox"/> Felleverans <input type="checkbox"/> Skadad produkt (vid frakt t.ex.) <input type="checkbox"/> Felbeställd <input type="checkbox"/> Annan:	
Kund:		Kundnummer:	
Kontaktperson, kund:			
E-mail:			
Tel:			
Produkt:	Artikelnummer:	Antal:	Ev. serienr:
Beskriv skadan / felet:			
Återsänd ev. reparerat/utbytt produkt till:			
Företag:			
Leveransadress:			
Godsmärkning:			

Ifylles av Megacon:

Gods mottaget av:	Datum:	Megacons returnummer:	Ev. returnummer till leverantör:
<input type="checkbox"/> Krediteras <input type="checkbox"/> Repareras <input type="checkbox"/> Garanti <input type="checkbox"/> Retur till leverantör			
Kommentar:			
Korrigerande åtgärd:	Förebyggande åtgärd:	Efter avslutat åtgärd ska produkten:	
Ursprunglig order:	Ersättningsorder:	Reparationsorder:	
Fakturanr:	Kreditnotanr:	Avslutad datum:	Sign: