

# RETURSKJEMA FOR DELER



Steinsland, 5585 Sandeid - Tlf. 52 76 66 50 - Faks. 52 76 70 51

Navn: *	
Adresse: *	Dato: *
Postnr./Sted: *	Telefon: *
Kundenr:	E-post:
Ditt kontonummer: *	Ordre/Fakturanummer: *

## Kryss av hva returen gjelder \*

Feilbestilt	<input type="checkbox"/>	Feillevert vare	<input type="checkbox"/>	Feil på vare	<input type="checkbox"/>
-------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	--------------	--------------------------

## Oppgi årsak til retur \*

--------------------------------------

## Varer som returneres \*

Varenummer	Antall	Tekst

Dato/Sted:	Signatur:
------------	-----------

NB! Fyll ut alle felter merket med \* for at skjema skal kunne behandles.