\**Obligatoriska uppgifter*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kundnr\*** | **Kundnamn\*** | **Returdatum\***Klicka här för att ange datum. | ***Signatur handläggare Mediq*** |
| **Telefonnummer\*** | **Kontaktperson\*** | ***Kund skall krediteras*** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Artikelnr\*** | **Artikelbeskrivning\*** | **Antal**\*(MBE) | **Kod\*** | **Mediqs Ordernummer\*** | **Notering** | **Bath/Lotnr** | **Godkänd av Mediq returavdelning\*** |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |       |       |
|  | Mediq står för returkostnad |       | SEK**RETURKODER****1.** Kort hållbarhet, ska vara Mediq tillhanda senast 10 arbetsdagar efter leverans3. Reklamation, ska vara Mediq tillhanda senast 10 arbetsdagar efter leverans **5.** Felexpedierat, ska vara Mediq tillhanda senast 10 arbetsdagar efter leverans **6.** Transportskada, ska vara Mediq tillhanda senast 10 arbetsdagar efter leverans **7.** Felbeställt, ska vara Mediq tillhanda senast 10 arbetsdagar efter leverans **8.** Indragning, retur ska vara Mediq tillhanda senast 20 arbetsdagar efter mottagen information om indragning |
|  | Kund står för returkostnad |       | SEK |

**Vill du ha återkoppling på din retur, fyll i ditt faxnummer här.**

|  |
| --- |
| **Godkänd av Mediq** |
| **Ja** **[ ]**  | **Nej** **[ ]**  | **Kundens Fax nr**  |
|  |  |  |
| *Signatur* |
|       |

**Retur till:**

**MEDIQ SVERIGE AB**

**HALLABÄCKSVÄGEN 1**

**KUNGSBACKA**

(OBS! Fäst tydligt på transportkartong som skall returneras)