\**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 leverans  3. 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)