

Datum :

Retur nr.:

**RETUR / REKLAMATION**

Fältet nedan ifylles alltid – Underlag för bekräftelse av retur

Kund nr:	Telefon nr:
Kund namn:	Mobiltelefon nr:
	Telefax nr:
Kontaktperson:	E-postadress:
Adress:	

**Orsak till retur / reklamation**

Reklamation ( )	Felbeställning ( )	Retur utprovning ( )	Återköp ( )
Annan orsak:			

Art. nr	Serienummer*	Benämning	Antal	Lev. datum	Ert best. nr	Vårt order nr

\* Om serienummer finns. Vid reklamation av tillbehör eller enskilda komponenter, ange serienumret och produktions datum på huvudprodukten.

**Fylls i vid reklamation**

När inträffade felet?	Hur många gånger har produkten rekonstruerats?
Beskriv felets art, hur felet uppstod och omständigheter i samband med detta, t ex brukarinformation och miljöbetingelser.	

Retur / reklamation tas emot under förutsättning att:

1. Blanketten är korrekt ifylld och skickas till Trust Care per mail/post
2. Kopia av blanketten skickas med returförändelsen
3. Returnummer erhållits enligt ovan (kontakta kundservice)

\* Om inget returnummer erhållits var god ange datum.

Trust Care Carloni Design AB

Skrittgatan 8B

213 77 Malmö

E-post: [info@trustcare.se](mailto:info@trustcare.se)

Tel/Fax: 040 156120