

RETURSEDEL

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

Kunden ska komplettera nedanstående uppgifter:

Ifylld blankett skickas <u>tillsammans</u> med godset till: Megacon AB Gårdsfogdevägen 16 168 67 Bromma	Kundens eventuella returnummer:	Anledning till returen: ☐ Defekt enhet ☐ Felleverans ☐ Skadad produkt (vid frakt t.ex.) ☐ Felbeställd ☐ Annan:	
	Datum:		
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:
☐ Krediteras ☐ Reparerar ☐ Garanti ☐ Retur till leverantör			
Kommentar:			
Korrigerande åtgärd:	Förebyggande åtgärd:	Efter avslutat åtgärd ska produkten:	
Ursprunglig order:	Ersättningsorder:	Reparationsorder:	
Fakturanr:	Kreditnotanr:	Avslutad datum:	Sign: