

RETURSEDEL

INFO

Godkänd retur kräver ifylld retursedel.

Retur skickas till: Forshaga Dentaldepå AB
Box 25, 667 21 Forshaga eller
Framgårdsvägen 20, 667 31 Forshaga

Gäller för varor i obruten originalförpackning. Kreditering sker först sedan returen kommit Forshaga Dentaldepå AB tillhanda.
För varor som ej lagerförs hos Forshaga Dentaldepå AB gäller ej retur- och bytesrätt.

AVSÄNDARE

Kundnummer: _____ Lab: _____

Kontaktperson: _____

Adress: _____

Postadress: _____

Telefon: _____

RETURNERAD VARA

ANLEDNING TILL RETUR (kryssa i)

Varans namn	Antal	Felbeställt	Felregistrerat	Felpackat	Defekt produkt
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORSHAGA
DENTALDEPÅ