

RETUR – OG ANGREFRISTSKJEMA

BENYTT DETTE SKJEMA VED RETUR ELLER BYTTE AV VARER.

DINE OPPLYSNINGER DINE OPPLYSNINGER

KUNDENR:

ORDRE NR:

NAVN: _____

ADRESSE: _____

POSTNR/STED: _____

TELEFONNR: _____

VARENE RETURNERES TIL:

HEALTH WORKERS AS

PINDSLEVEIEN 1

3221 SANDEFJORD

ARTIKLER SOM ØNSKES RETURNERT REGISTRERES I FELTENE NEDENFOR (NOTER ÅRSÅKEN FOR RETUR I SKJEMAET UNDER (F.EKS. FEIL STRL, FARGE, MODELL), OGSÅ HVILKEN ERSTATNINGSVARE DU ØNSKER)

	Angrefrist	ARTIKKELNR	
X	Annen årsak	8109	(Eksempel) Ønsker modell 8219 i medium istedenfor.
	Angrefrist	ARTIKKELNR	
	Annen årsak		
	Angrefrist	ARTIKKELNR	
	Annen årsak		
	Angrefrist	ARTIKKELNR	
	Annen årsak		
	Angrefrist	ARTIKKELNR	
	Annen årsak		
	Angrefrist	ARTIKKELNR	
	Annen årsak		
	Angrefrist	ARTIKKELNR	
	Annen årsak		
	Angrefrist	ARTIKKELNR	
	Annen årsak		
	Angrefrist	ARTIKKELNR	
	Annen årsak		
	Angrefrist	ARTIKKELNR	
	Annen årsak		

RETUREN MÅ RETURNERES OSS INNEN 14 DAGER FRA MOTTATT FORSENDELSE.

DATO OG SIGNATUR _____

RETUR MÅ IKKE SENDES SOM POSTOPPKRAV