

# Returblankett

För och efternamn*		Iris ordernummer*	Fakturanr	Kundnummer
Adress*		Postnummer*	Ort*	
E-postadress		Telefonnummer	Dagens datum*	
Bankkontonummer för privatperson vid ev. återbetalning			Kryssa i om betalt med;	
Bank*	Clearing nr*	Konto nr*	kort, direktbank eller rendr.	
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kontaktperson hos Iris Hjälpmedel\*:

Fält med tecknet \* är obligatoriska.

## Produkt:

Fabrikat
Modell
Serienummer

## Ärende:

Reparation

Garanti   
Se garantivillkor

Felbestäld   
Inom 8 dagar, enbart företag

Ångerrätt   
Inom 14 dagar efter  
mottagen vara - gäller  
enbart privatpersoner

### **VÄNLIGEN NOTERA:**

Retur får endast ske efter kontakt med oss. För privatpersoner gäller dessutom följande:

Förtryckt adresslapp från Iris Hjälpmedel ska rekvireras och användas. Det möjliggör spårning samt leverans direkt till vår godsmottagning. Används egen adressering medför det extrakostnader 150 kr som debiteras kund. Inte uthämtad försändelse, debiteras kund faktiska omkostnader samt 100:- för hantering av denna.

Förpacka produkten väl så att inget skadas vid transport. Förkomna försändelser utan spårbarhet är avsändarens ansvar.

Felbeskrivning av produkt eller anledning till retur\*

Fylls i av Iris Hjälpmedel:

Ankomst datum	Vara ok, avvikelse X	Övrig info
---------------	----------------------	------------

Iris Hjälpmedel AB  
Sandsborgsvägen 52  
122 33 Enskede

[reklamation@irishjalpmedel.se](mailto:reklamation@irishjalpmedel.se)  
Tel: 08 39 94 00  
[www.irishjalpmedel.se](http://www.irishjalpmedel.se)