RETURBLANKETT PRIVATPERSON

Ifylles av kund		
Anledning till retur:	Ångrat köp ☐	Garantireparation: ☐
Kundinformation		
Datum	**Iris ordernummer:**	**Fakturanummer:**
För- och efternamn:	**Kundnr:**	**Telefon:**
Adress	**E-postadress:**	
Postnr och ort:	**Kontaktperson hos Iris Hjälpmedel:**	
Produktinformation:		
Produktnamn:	**Artikelnummer/ev serienummer:**	
Förpacka produkten väl så att inget skadas vid transport. Skicka alltid försändelse spårbart (kvittens från ombud men inte REK).		

Returanledning / felbeskrivning: (Fungerar ej, död, etc. godkänns ej. Utan en korrekt förklaring skickas godset i retur utan åtgärd)

Ifylles av företag			
Åtgärd hos Iris Hjälpmedel:			
Mottaget av:	**Datum:**	**Vidtagen åtgärd:**	
Garanti: Garanti medges: Ja ☐ Nej ☐			
Returavdrag 20 % ☐	Debiteras: ☐	Ordernr:	Kasseras: ☐
Utleverans:			
Åter kund: ☐	Åter lager: ☐	Leveranssätt:	Sänd-ID: