REKLAMATIONSRAPPORT NR.....

Utskrivningsdatum

Varans ägare (om annan än avsändren) Namn, adress, telefon				
Reklamationsmottagare (Firmanamn, fullständig adress)			Avsändare (Firmanamn, fullständig adress)	
REKLAMERAD VARA Benämning	Antal	Artikelnummer	Tillv.kod/Serienr.	Lev./mont.datum
Axeltyp		Axelnummer		Serienummer
Skadedatum	Körstr. Km/tim	Fordonets märke	Typ	Årsmodell / Reg.nr.
☐ Orig.mont. ☐ Tillbehör ☐ Reservdel ☐ Bytesagg. ☐ Verkstadsutr.			Fakturanr.	Fakturadatum
Skadans art och orsak				

Utfört arbete	Antal timmar	Timpris	Belopp

Om reklamationen godkännes önskas:

Materialkostnader ersatt ☐ i nytt material ☐ i kreditnota

Om reklamationen ej godkännes önskas artikeln i retur ☐

Insändarens underskrift	Kontaktman	Telefon

OBS! Ofullständigt ifylld rapport kan ej behandlas utan returneras för komplettering.

Säte: Sollentuna, org. nr 556546-8377

Stockholm:	Tel 08-594 770 00	Fax 08-594 770 15	Box 59, Knistavägen 1A	191 21 Sollentuna
Göteborg:	Tel 031-742 09 00	Fax 031-742 09 19	Exportgatan 24B	422 46 Hisings Backa
Helsingborg:	Tel 042-29 29 40	Fax 042-29 21 65	Stenbrovägen 41	253 68 Helsingborg