

|                      |                  |
|----------------------|------------------|
| Avsändare            | Telefon/Fax      |
| Avsändarens referens | Best/Ordernummer |
| Kontaktperson Debe   | Datum för retur  |

## Orsak till retur

Reparation  Garantireparation  Felsökning  Felleverans  Övrigt

## Gods som returneras

| Artikel/Pumptyp | Felbeskrivning (beskriv så utförligt som möjligt problemet) | Antal |
|-----------------|---|-------|
|                 |   |       |
|                 |   |       |
|                 |   |       |
|                 |   |       |

## Åtgärd Debe

| Åtgärd | Datum |
|--------|-------|
|        |       |
|        |       |
|        |       |
|        |       |

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande