

# RETUR / REKLAMATION / SERVICE



Datum:   
Referens:

Företag:   
Adress:   
Ort:   
Postnummer:

Telefon:   
Mail:   
Kontakt:

Elofssons Försäljnings AB  
Gruvgatan 31A  
421 30 Västra Frölunda  
Sweden

Tel: (+46) 031-22 55 60  
info@dbakuten.se  
www.dbakuten.se

Produkt	Benämning / felbeskrivning	Antal	Orsak	Bifogat	Önskad åtgärd
			<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Kvitto	<input type="text"/>
			<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Kvitto	<input type="text"/>
			<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Kvitto	<input type="text"/>
			<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Kvitto	<input type="text"/>
			<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Kvitto	<input type="text"/>
			<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Kvitto	<input type="text"/>
			<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Kvitto	<input type="text"/>
			<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Kvitto	<input type="text"/>
			<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Kvitto	<input type="text"/>
			<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Kvitto	<input type="text"/>
			<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Kvitto	<input type="text"/>
			<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Kvitto	<input type="text"/>
			<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Kvitto	<input type="text"/>
			<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Kvitto	<input type="text"/>
			<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Kvitto	<input type="text"/>
			<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Kvitto	<input type="text"/>
			<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Kvitto	<input type="text"/>
			<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Kvitto	<input type="text"/>
			<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Kvitto	<input type="text"/>

Kommentarer:

## Intern användning

Mottagit av	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>

Skicka blanketten som ett mail och bifoga även en kopia med returen