REKLAMATIONSBLANKETT

Fyll i blanketten och mejla in den till kundtjanst@swevet.se.
Först efter godkänd reklamation kan det bli aktuellt att returnera varan.

Kundnr:	**Faktura/Ordernr:**
Kliniknamn/företagsnamn:	
Datum:	
Vilken typ av vara avser reklamationen: - ----------→	☐ **Förbrukning** ☐ **Utrustning** ☐ **Läkemedel**

Art.nr.	**Antal**	**Artikelbenämning**	**Serie/Batchnr.**

Orsak till reklamation, beskriv så utförligt som möjligt.
Bifoga även bilder om möjligt, som också sänds till kundtjanst@swevet.se.

Reklamation inskickad av:

Namn:
Datum:
Telefon:

Önskad åtgärd:

Endast kredit: ☐

Ny, likadan produkt: ☐

Ny, likvärdig produkt: ☐

Reservdel (förfrågan): ☐

Swevet AB
Forskaregatan 1D
275 37 Sjöbo