

Varereturnering

Det udfyldte skema skal **altid** udfyldes og vedlægges returforsendelser !

Dato (dd/mm/yyyy)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Faktura / ordrenr.	<input type="text"/>
Firma / kunde	<input type="text"/>				
Adresse	<input type="text"/>				
Postnr. og by	<input type="text"/>				
Kontaktperson	<input type="text"/>	Træffetid	<input type="text"/>		
Telefon	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>		
Mobil telefon	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>		

Returneringstype (sæt kryds)

<input type="checkbox"/> Reparation	<input type="checkbox"/> Garanti (Dokumentation skal vedlægges)
<input type="checkbox"/> Udlån	Ifølge aftale med <input type="text"/>

Varebeskrivelse

Købt (dd/mm/yyyy)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Medsendt udstyr	<input type="text"/>
Model	<input type="text"/>	Antal	<input type="text"/>		
Yderligere oplysninger	<input type="text"/>				

Fejlbeskrivelse

 Returneringens årsag (beskrives detaljeret i nedenstående rubrik)

Type af fejl (sæt kryds)

<input type="checkbox"/> Statisk	<input type="checkbox"/> Periodisk
----------------------------------	------------------------------------

Eventuel returneringsmåde (sæt kryds)

<input type="checkbox"/> Sendes	<input type="checkbox"/> Afhentes	<input type="checkbox"/> Ønsker opringing
---------------------------------	-----------------------------------	-------------------------------------------

Return of items

The scheme shall **always** be filled out and enclosed the returned items !

Date (dd/mm/yyyy)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Invoice / order no.	<input type="text"/>
Company / customer	<input type="text"/>				
Address	<input type="text"/>				
ZIP code and town	<input type="text"/>				
Contact person	<input type="text"/>	Office hours	<input type="text"/>		
Phone	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>		
Mobile phone	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>		

Return type (please tick the appropriate box)

<input type="checkbox"/> Repair	<input type="checkbox"/> Warranty (Documentation must be enclosed)
<input type="checkbox"/> Loans	Under the agreement with <input type="text"/>

Description of item

Purchased (dd/mm/yyyy)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Enclosed equipment	<input type="text"/>
Model	<input type="text"/>	No.	<input type="text"/>	(Number of items)	<input type="text"/>
Further information	<input type="text"/>				

Description of error Cause of the return (described in detail in the below section)

Type of error (please tick the appropriate box)

<input type="checkbox"/> Static	<input type="checkbox"/> Periodic
---------------------------------	-----------------------------------

Possible return way (please tick the appropriate box)

<input type="checkbox"/> Send items	<input type="checkbox"/> Pick up items	<input type="checkbox"/> Wants a call
-------------------------------------	----------------------------------------	---------------------------------------