

RETURSEDEL

INFO

Fyll i dina uppgifter och bifoga denna RETURSEDEL samt FAKTURAKOPIA.
Retur skickas till: AB Nordenta 745 85 Enköping

AVSÄNDARE

Kundnummer: _____ Klinik: _____

Kontaktperson: _____

Adress: _____

Postadress: _____

Telefon: _____

RETURNERAD VARA

Varans namn

Artnr

Antal

Fakturanr

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

ANLEDNING TILL RETUR

Önskar istället (kryssa i)

Ny vara

Kreditfaktura

Annat _____

VAD TYCKER DU NORDENTA KAN FÖRBÄTTRA?

För att undvika en liknande retur i framtiden vill vi gärna ha din åsikt om förbättring.

