

Retur/Reklamation - Denna blankett skall bifogas med returförsändelsen.

Kontaktuppgifter

Kundnr _____

Kundnamn _____

Kontaktperson _____

Telefonr _____

E-post _____

Övrig anteckning _____

Produktuppgifter

Följesedelnr _____

Artikelnr _____ Antal _____

Ev. serienr _____

Artikelnr _____ Antal _____

Ev. serienr _____

Orsak till retur _____

Specialanpassade produkter återtas ej.

Datum _____

Vid reklamation

Hur länge har produkten använts _____

Beskriv felet _____

- Bifoga gärna foto.
- Inom 30 dagar byter/återtar vi oskadad, säljbar vara, oavsett skäl.
- Efter 30 dagar återtar vi oskadad, säljbar vara till reducerat pris, 50% av fakturavärdet.
- Efter 90 dagar återtas inga varor.

Vid retur

Ni betalar returfrakten till vår dörr (inte till närmaste Service Point). Bifoga alltid kopia av följesedel eller faktura. Glöm inte att anteckna sändningsnummer eller motsvarande för att kunna spåra försändelsen. Fäst ej retursedel på originalförpackningen. Originalförpackningen skall vara oskadad. Packa in originalförpackningen i papper eller i annat emballage och fäst retursedeln på detta emballage.

HEA Medicals anteckningar _____

Datum _____

Vid frågor, mejla info@heamedical.se eller ring 031-157320

Returen skickas till:

HEA Medical AB
Norra Ågatan 10, vån 3
416 64 Göteborg

