

# Returformulär

Skall bifogas ifylld med returnerad del

Datum:

Retur

Utbytesenhet

Reklamation

Returnerad del\* (Artnr/beskrivning)

Antal\*

Stolsmodell\*

Serienummer\* (på rullstolen)

Felbeskrivning\*

Ordernummer (på originalbest. el. utbytesdelen)

Kundnamn/nr

Insänt av\* (namn)

Telefonnummer\*

**Vänligen observera våra regler för retur och utbytesenheter.**

Retur accepteras endast om nedanstående punkter uppfylls.

Debitering för varan kommer annars utfärdas.

- L&B Medical AB är kontaktade och retur är godkänd
- Bifogat returformulär
- Vid reklamation skall rullstolens serienummer anges

**PACKA ALLTID VARAN I EN YTTERFÖRPACKNING**

\* Markerar obligatoriska fält ovan

L&B Medical AB  
Tillverkarvägen 8  
18766 Täby

mail: [info@lbmedical.se](mailto:info@lbmedical.se)  
webb: [www.lbmedical.se](http://www.lbmedical.se)

Tel: 08-732 04 80  
Fax: 08-732 63 63