

Retur/reklamationsrapport

Reklamationsnr:
(ifylls av Armatec)

Kunduppgifter

Kund:	Anmälningens datum:	Önskad åtgärd: Test/Felsökning: <input type="checkbox"/> Reparation/Revision: <input type="checkbox"/> Ersättning med ny produkt: <input type="checkbox"/> Kreditering: <input type="checkbox"/> Garantireklamation: <input type="checkbox"/> Ackrediterad kontroll med kontrollrapport önskas: <input type="checkbox"/>
Kontaktperson (namn):	Kontaktperson (telefon):	
E-mail:	Kundens Beställningsnr:	
Kontaktperson (Armatec):	Ordernummer (Armatec):	
Arbetsplatsadress:	Anmärkning:	

Beskrivning

Antal:	Artikelnummer/Produkt:	Tillverkningsnummer:	Returorsak/felbeskrivning:

Leveransbestämmelser:

Armatec tillämpar allmänna leveransbestämmelser beroende på bransch, med Tillägg av Försäljnings- och leveransvillkor AT 1/11.

Retur:

Vi godtar endast felfria produkter i originalförpackning i retur. Vid retursändning skall alltid uppgift om nummer på Armatecs orderbekräftelse, faktura eller packsedel medfölja godset.

Bruten originalförpackning, ej komplett och/eller skadad produkt krediteras ej.

Retur skall ske till Armatecs lager i Göteborg utan kostnad för Armatec, DAP enligt INCOTERMS 2010.

Av kunden specifikt beställd vara kan inte returneras utan särskild överenskommelse med Armatecs säljare.

Vid reklamation skall sändningen alltid åtföljas av en felbeskrivning.

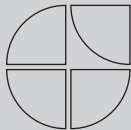
Reklamation-transportskada:

Vid godsmottagning skall synlig skada, minskning eller förlust anmälas till transportören genast vid mottagande, vid dold skada senast 7 dagar efter mottagandet av godset.

Returadress:

Armatec AB
Ingela Gathenhielmsgata 4
421 30 VÄSTRA FRÖLUNDA





Retur/reklamationsrapport

DENNA SIDA IFYLLES AV ARMATEC

Reklamation nr:

Produktansvarig

Felfri lagervara

Sign:

Datum:

Felfri ej lagervara

Sign KOC:

Datum:

Enstaka fel

Sign:

Datum:

**Fel som föranleder
korrigerande åtgärd**

Sign QA:

Datum:

Ersättningsprodukt skickad på order:

Beskrivning och bedömning av reklamation, samt analys av korrigerande åtgärd

Reklamation/avvikelse besiktigad av:

Datum:

Försäkringsbolag:

Anmält datum:

Avsluta reklamation/avvikelse

Reklamation/avvikelse avslutad av:

Datum: