



FÖLJESEDEL

För retur/byte/reklamationer

Datum: _____

NeH Logistics Center

Kundvägen 10

702 36 Örebro

*Kundnamn:
*Kundnummer:
*Kontaktperson:
*Telefonnummer:
*Ordernummer:

* Önskad åtgärd

Kredit:

Ersättningsvara:

Reklamation:

Annan orsak:

Rader markerade med * måste anges i denna retursedel.

Ev. returer skall ske inom 14 dagar efter mottagande och NeH Svenska AB skall informeras före retur.

* Art.nr	*Storlek	*Antal	*Orsak retur

Övriga anteckningar. Vid reklamationer önskas orsak anges för snabbare hantering av reklamationen.

NeH:s anteckningar:

Inkom datum:

Signatur:

Typ av åtgärd:

Avslutad:

OBS! Kunden bekostar returfrakten förutom vid reklamationer och om inget annat anges.