

RAPPORT TILL HJÄLPMEDELSSERVICE RETUR / REKLAMATION / PÅPEKANDE

KUND

Datum	Rekvirentnummer	Förrådsnamn
Kontaktperson	Telefon	E-post

ARTIKEL

Artikelnr.	Artikel/benämning	Serienr.
Antal	ID-märkning	Ordernummer

ORSAK

<input type="checkbox"/> Reklamation	<input type="checkbox"/> Påpekande	<input type="checkbox"/> Fel från Hjälpmedelsservice	<input type="checkbox"/> Transportskada
<input type="checkbox"/> Produkt saknas	<input type="checkbox"/> Felleverans	<input type="checkbox"/> Retur av proformalån	<input type="checkbox"/> Fel beställt

ÖNSKAD ÅTGÄRD

--

BESKRIV ÄRENDET

När inträffade felet?	Användningstid	Brukarens vikt	kg
Beskriv felets art, hur felet uppstod och omständigheter i samband med detta, t ex brukarinformation och förutsättningar i miljön.			

BILD

Bild/bilder bifogas JA <input type="checkbox"/> NEJ <input type="checkbox"/>
--

KONTAKTA ALLTID HJÄLPMEDELSSERVICE INNAN RETUR.
PACKA RETUREN VÄL OCH I ORIGINAL EMBALLAGE SAMT BIFOGA KOPIA AV FÖLJESEDELN.

HMS ANTECKNINGAR

Mottaget av	Datum	
Kontakt med leverantör <input type="checkbox"/>	Datum	Ev. namn
Åtgärd/Överenskommelse		