

RETURSEDEL

INFO

Fyll i dina uppgifter och bifoga denna RETURSEDEL samt FAKTURAKOPIA.
Retur skickas till: AB Nordenta 745 85 Enköping

AVSÄNDARE

Kundnummer: _____ Klinik: _____

Kontaktperson: _____

Adress: _____

Postadress: _____

Telefon: _____

RETURNERAD VARA

| Varans namn | Artnr | Antal | Fakturanr |
|-------------|-------|-------|-----------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

ANLEDNING TILL RETUR

Önskar istället (kryssa i)

Ny vara

Kreditfaktura

Annat _____

