

Blankett för retur och ånkrat köp

Kundnr: _____

Namn: _____

Adress: _____

Telefon: _____

E-post: _____

Returadress: medi Sweden AB
Norra Malnvägen 143
191 65 Sollentuna

Datum: _____

Ärendet gäller order nr: _____

Dokumentnummer (faktura): _____

Ange orsak till retur:

- ☐ Felbeställning
- ☐ Leverans av fel produkt
- ☐ Annan anledning:

- Önskad åtgärd:**
- ☐ Återbetalning
- ☐ Ersättningsprodukt (= exakt likadan artikel som beställdes)
- ☐ Kontakta mig

Övriga kommentarer:

Ifylles av medi:

Mottaget datum: _____

Ärendet löst datum: _____

Åtgärd: _____
