

RETURSEDEL

Datum: _____



Hyssna Centrum, 510 22 Hyssna
Tel: 0320-182 90 Fax: 0320-392 30

Kund Nr:

Företag	Kontaktperson
Adress	Tel:
Postnr & Ort	

Säljare: _____

Orsak till retur

Nr	Art.nr	Benämning	Fel beskrivning	Inköps Datum

En förutsättning för att vi skall kunna behandla returer
Så enkelt och snabbt som möjligt är att retursedeln fylls i korrekt

Mottaget av STI-Tools Namn: _____

För att garantera kunden service ansvarar jag för att detta åtgärdas.

Garanti

Reparation

Fel Beställning

Fel Skickat av STI

STI Tools Anteckningar

Order Nr: _____

Kasseras

Repareras

Service

Garanti

Kredit