



# Retursedel

Kundnr \_\_\_\_\_

Ordernummer \_\_\_\_\_

Orderdatum \_\_\_\_\_

Fakturanr \_\_\_\_\_

Fakturadatum \_\_\_\_\_

Kontakta mig Namn \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-post \_\_\_\_\_

Har talat med Namn \_\_\_\_\_

**OBS! Speciellt hemtagna artiklar, ej DAB lagervara, kan ej returneras**

Retursak 1 – 7	Antal		Antal
<input type="checkbox"/> 1. Felbeställd	_____	<input type="checkbox"/> 4. Retur eller garantiutbyte	_____
<input type="checkbox"/> 2. Fellevererad	_____	<input type="checkbox"/> 5. Garantireparation	_____
<input type="checkbox"/> 3. Produktfel Reklamation enligt beskrivning nedan	_____	<input type="checkbox"/> 6. Utbytesreservdel	_____
		<input type="checkbox"/> 7. Övrig retursak	_____

Notering retursak 1 – 7 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Garantier

Vid återopande av garanti ange alltid fakturanumret!

- nygaranti utrustning
- reservdelsköp
- utförd service i din praktik
- utförd verkstadsreparation

**Fakturan är ditt garantibevis**

**Returer skall ske till DAB Dental**

**Paket: Finvids väg 8, 194 47 Upplands Väsby**

**Brev: Box 423, 194 04 Upplands Väsby**

För DAB Dental AB:s försäljningsvillkor se [www.dabdental.se](http://www.dabdental.se) eller aktuell katalog



DAB Dental AB  
Box 423  
194 04 Upplands Väsby



08-506 505 00



[www.dabdental.se](http://www.dabdental.se)  
[kontakt@dabdental.se](mailto:kontakt@dabdental.se)



V.A.T. SE 556005004801  
Bankgiro 168-7565

SWIFT: ESSESESS  
IBAN: SE30 50000 0000 0540 3100 2777