

REKLAMATIONSANMÄLAN

Transportskada Övrig reklamation

Nedanstående är avsedda för DOFAB AB

Ankomstdatum	Avslutningsdatum	Sign.
--------------	------------------	-------

Nedanstående fält är avsedda för kunden

Kund/Besiktningadress		Entreprenör/Återförsäljare	
Namn		Namn	
Adress		Adress	
Postnr, ort		Postnr, ort	
Telefon, bostad	Telefon, arbete	Telefon	Referens
Telefax, e-post		Telefax, e-post	
DOFAB AB, order alt. Fakturanr.		Leverans (år/vecka)	Reklamationsdatum

Var god ange reklamationsorsak nedan, skriv ner eventuell information som står stämplad på produkten:

Produkt	Antal	Reklamationsorsak
Fraktsedelnr:	Transportbolag:	

Nedanstående fält är avsedda för DOFAB AB

- Vid transportskada skall kopia på fraktsedel med chaufförs underskrift bifogas.