

Vänligen bifoga detta formulär ifyllt tillsammans med er lyftvagn /"backlyft". När vi har mottagit lyftvagnen utför vi en felanalys samt åtgärdar felet.



INFORMATION TILL 

Körturnr Apotek: _____ Körturnr PRONOMIC: **147-099**

Apoteks-ID: _____ Apotekskedja: _____

Apotek: _____

Serienr: _____

Kontaktperson: _____

Leveransadress: _____

Postnr: _____ Ort: _____

Telefon: _____ E-post: _____

Viktigt! batteriladdare och manöverdosa måste skickas tillsammans med lyftvagnen.

Ange medskickade tillbehör: _____ Batteriladdare _____ Manöverdosa _____

Övriga tillbehör: _____

Felbeskrivning:
(Ange vilken vara ni returnerar samt varför)

Önskas prisuppgift? Ja Nej

Tack för att Ni fyller i blanketten! Det hjälper oss att enklare hantera ert serviceärende.

PRONOMIC AB