|  |  |
| --- | --- |
|  | För att behandla din returförfrågan ber vi dig att fylla i formuläret elektroniskt (fyll i alla obligatoriska fält markerade med \*) och skicka det per e-post till: |
| FORMULÄR FÖR RETUR | **rs.returnSE@medtronic.com** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Formulär för retur** | | | | | | | | | | | |
| Kontaktuppgifter | Din interna referens/text  (som skall skrivas ut på kreditnotan) | | |  | | | | | | | |
| Företag/Sjukhus **\*** | | |  | | | | | | | |
| Medtronic Kundnummer | | |  | | | | | | | |
| Kontaktperson**\*** | | |  | | | | | | | |
| Kontakt telefonnummer **\*** | | |  | | | | | | | |
| Kontakt e-post **\*** | | |  | | | | | | | |
| Upphämtningsdetaljer | Din interna upphämtningsreferens  (Ska skrivas ut på returfraktsedeln) | | |  | | | | | | | |
| Avdelning**\***  (Se till att budfirman har tillgång till platsen) | | |  | | | | | | | |
| Namn/telefonnummer | | |  | | | | | | | |
| Upphämtningsadress**\*** | | |  | | | | | | | |
| Stad**\*** | | |  | | | Postnummer**\*** | | |  | |
| Antal paket**\*** | | |  | | | Antal pallar**\*** | | |  | |
| Upphämtningsdatum**\*** (DD.MM.YYYY)  (Se till att varorna är packade och märkta) | | |  | | | | | | | |
| Anledningen till returen | Ange den **primära anledningen till returen\*** (Krysssa i rutan “X”)  För Field Action finns ett annat returformulär som ska användas (enligt definitionen av Field Action-kommunikation) | | | | | | | | | | |
|  | Fel produkt mottagen | |  | Felaktig kvantitet mottagen | | |  | Skadad produkt | | |
|  | Leverans till felaktig adress | |  | Produkt mottagen dubbelt | | |  | Produkt med kort utgångsdatum | | |
|  | Produkten behövs inte längre | |  | Fel produkt/kvantitet beställd | | |  | Annat: | | |
| Returnerade produkter | Faktura/följesedelsnummer**\*** | | Artikel  nummer**\*** | | Antal**\*** | Enhet**\*** (EA, CT, CA) | | Lot/Serienummer**\*** | | | Ny leverans önskas |
|  | |  | |  |  | |  | | |  |
|  | |  | |  |  | |  | | |  |
|  | |  | |  |  | |  | | |  |
|  | |  | |  |  | |  | | |  |
|  | |  | |  |  | |  | | |  |
|  | |  | |  |  | |  | | |  |
|  | |  | |  |  | |  | | |  |
| |  |  | | --- | --- | | Vänligen packa varor enligt instruktioner som kommer att tillhandahållas vid bekräftelse och ta bort alla gamla etiketter från den inkommande försändelsen.  Om du returnerar produkter som innehåller **farligt material**, vänligen svara på nedanstående frågor:  Finns det några synliga förändringar av batterihöljet eller kabelegenskaper, såsom smältning, färgförändringar, bubblor?  Känns batteriet varmt när det inte används eller märkte du rök eller eld?  Finns det något synligt läckage av vätska från batteriet? | Ja / Nej  Ja / Nej  Ja / Nej |   Datum: | | | | | | | | | | | |
| Det är Medtronics eget beslut om fysisk retur av produkterna. Om du inte behöver returnera produkterna fysiskt, avsäger ni er rätten att använda produkterna i fråga genom detta formulär. Ni förbinder er att destruera produkterna på plats. | | | | | | | | | |  | |