

Avsändare	Telefonnummer
Avsändarens referens	Best/Ordernummer
Kontaktperson Debe	Datum för retur

**Orsak till retur**

- Reparation/Service  
  Felsökning  
  Felleverans  
  Debe Express Service  
  Garantianspråk

**Returnerat gods**

Artikel/Pumptyp	Felbeskrivning (Beskriv ärendet tydligt)	Antal

**Åtgärd Debe**

Åtgärd	Antal

\_\_\_\_\_  
Underskrift

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligade