

**RETUR AV FELBESTÄLLD
PRODUKT**

Datum:

*Retur ska ske inom 14 dagar från att ordern
har levererats.*

*Produkten ska vara oanvänd och returneras
i sin originalförpackning.*

PRODUKT

Produkt
Ordernummer (Ange det ordernummer som du fått av ordersservice)

BESTÄLLARE

Namn	
Telnr	Mailadress
Returnerande enhet	

ORSAK TILL RETUR

OBS!

Önskar du en ny produkt behöver du göra en ny beställning via blanketten [Köp av hjälpmedel](#).

Skriv ut ifylld blankett och fäst på produkten.

Maila därefter in blanketten till order.hjalpmedelsservice@sodexo.com