

Kundens beställningsnummer: \_\_\_\_\_

<b>Avsändare</b>	<b>Användare</b> (om annan än avsändare)
Namn	_____
Adress	_____
_____	_____
Tfn	_____
e-post	_____

<b>Utrustning</b>		
Fabrikat	Modell	Serienummer
_____		
Tillbehör		
_____		

<b>Felbeskrivning</b>
_____
_____
_____

<b>Övriga upplysningar</b>
_____
_____
_____

<b>Återsänds till</b>	<input type="checkbox"/> Annan adress:
<input type="checkbox"/> Avsändare	_____
<input type="checkbox"/> Användare	_____
<input type="checkbox"/> Ska ej återsändas	

<input type="checkbox"/> <b>Fakturerasí</b>	<input type="checkbox"/> Annan adress:
<input type="checkbox"/> <b>Kostnadsförslag lämnas tillí</b>	_____
<input type="checkbox"/> Avsändare	_____
<input type="checkbox"/> Användare	

## **Smiths Medical AB**

Teknisk service

Orrvägen 21

SE-192 05 Sollentuna

Tfn: 08 - 594 772 66

Fax: 08 - 594 772 69

E-post: [service.sweden@smiths-medical.com](mailto:service.sweden@smiths-medical.com)

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Underskrift:** \_\_\_\_\_