



Inlämningsdatum:

Reparationsunderlag

Instrumenttyp _____ s/n _____

Felsymtom _____

Företagsnamn _____

Utdelningsadress _____

Postnr/Ort _____

Kontaktperson _____ Tel. _____

Faktura skickas till _____

Adress/box _____

Postnr./Ort _____

Littra/Ordernr. _____

Kostnadsförslag önskas*

Vi vill att ni skickar objekt till ovanstående adress efter reparation

Ja Nej, vi hämtar Ring oss för besked

** Felsökning och därmed kostnadsförslag debiteras 850:- exkl. moms.
Undantaget vid köp av ny likvärdig utrustning eller enl. ö.k gällande reparation av det aktuella objektet.*



Mottaget av: _____

Datum: _____

Trimtec AB
Tel. 010-207 84 00