RETURSEDEL

Faktura Nummer: _____

Ankomstdatum: _____

*Vi ber er att fylla i nedanstående ruta för att underlätta returhanteringen

Datum: _____

Ram nr: _____

MC-märke: _____

Modell: _____

Kundnr: _____

Namn: _____

Adress: _____

Postnummer: _____

Ort: _____

Telefonnummer: _____

☐ Jag vill byta ut varan/ beställa andra varor

☐ Jag vill ha pengarna tillbaka

Personnummer:_____ Betalning till bankkonto: Clearingnr:_____Kontonr:_____

Vid återetalning sätts pengarna in på på ett lönekonto som är kopplat till ditt personnummer.
Saknas personnummer eller konto får du en utbetalningsavi till adressen ovan.

Artikelnr:	Specifikation	Lev antal	Antal i retur:	Belopp:

Returorsak:

Förslag till åtgärd:

Lelles
Box 365
751 06 Uppsala

Besöksadress
Nymansgatan 6
Uppsala

Fax
018-693333

Telefon
018-156000

E-post
lelles@lellesmc.se