



Returskjema, krediteringskrav

KUNDE*

Sykehus*	
Avdeling*	
Kontaktperson*	
Mail/telefon*	

INSTRUMENT*

Type, velg*	ABL9:	ABL80:	ABL90:	ABL800:	Annet:
Serienummer*					

VARE*

Varenavn*	
Varenummer	
LOT-nr*(der det fins)	
Antall*	
Ordrenummer*	

BESKRIVELSE*

Vedlagt dokumentasjon*:

Utskrift, scannet og vedlagt	
Datafil, vedlagt	

*) Må fylles ut for at krediteringskravet skal være gyldig

- ABL 9/80/800/annet: Returskjema, dokumentasjon, defekt forbruksvare (om ikke annet er avtalt) sendes inn til:
Triolab AS, Jogstadveien 21. 2007 Kjeller
- ABL90: Returskjema, dokumentasjon sendes inn til epost: kassettretur@triolab.no.

Viktig

Mangler i returskjema, dokumentasjon, retur av varer eller brudd på tidsfrist vil føre til avslag av kreditering. Ta kontakt med oss så fort som mulig om dere er usikre eller har spørsmål.