

Felanmälan/reklamationsblankett

Enligt AA VVS 09

Märk returnerad vara med vårt reklamationsnummer. Produkter utan märkning hanteras ej (se sid 2).





Felanmälare: *	Installatör <input type="checkbox"/>	Grossist <input type="checkbox"/>
Företag: *		
Kontaktperson: *		
Telefon: *		
E-post: *		
Adress: *		
Postnr/ort: *		

Varumärke:	Mora Armatur <input type="checkbox"/>	FM Mattsson <input type="checkbox"/>	Damixa <input type="checkbox"/>
Artikelnr/RSK/benämning: *			
Ev. tillverkningsnr:			
Installationsplats: * (Namn, adress, telefonnr)			
Installations-/leveransdatum:			
Felbeskrivning: (Kortfattad, dokumentera gärna med skiss/foto.)			
Har felet orsakat följdskador?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
Om ja, vilket försäkringsbolag är skadan i så fall anmäld till?			
Om ja, vänligen specificera kortfattat:			
Övrig information av betydelse:			
Mer information enligt bilaga:	Skiss/foto <input type="checkbox"/>	Text <input type="checkbox"/>	Kvitto/fakturakopia <input type="checkbox"/>

* Obligatoriska uppgifter.

Reklamationsnummer
skapas efter inskickat do-
kument eller vid kontakt
med kundsupport, tel.
0250-59 64 50.

Installations-/leverans-
datum motsvarar varans
överlämnande till köparen,
se punkt 36 i AA VVS 09.

Felanmälan/reklamationsblankett

Enligt AA VVS 09

Märk returnerad vara med vårt reklamationsnummer. Produkter utan märkning hanteras ej (se sid 2).

Felanmälare: *	Installatör <input type="checkbox"/>	Grossist <input type="checkbox"/>
Företag: *		
Kontaktperson: *		
Telefon: *		
E-post: *		
Adress: *		
Postnr/ort: *		

Varumärke:	Mora Armatur <input type="checkbox"/>	FM Mattsson <input type="checkbox"/>	Damixa <input type="checkbox"/>
Artikelnr/RSK/benämning: *			
Ev. tillverkningsnr:			
Installationsplats: * <small>(Namn, adress, telefonnr.)</small>			
Installations-/leveransdatum:			
Felbeskrivning: <small>(Kortfattad, dokumentera gärna med skiss/foto.)</small>			
Har felet orsakat följdskador?	Ja <input type="checkbox"/>	Nej <input type="checkbox"/>	
Om ja, vilket försäkringsbolag är skadan i så fall anmäld till?			
Om ja, vänligen specificera kortfattat:			
Övrig information av betydelse:			
Mer information enligt bilaga:	Skiss/foto <input type="checkbox"/>	Text <input type="checkbox"/>	Kvitto/fakturakopia <input type="checkbox"/>

* Obligatoriska uppgifter.

FM Mattsson Mora Group AB (publ.) | Box 480 | SE-792 27 | Mora Sweden | Tel. 0250-59 60 00 | service@fmm-mora.com | www.fmm-mora.com

För snabb hantering, fyll i samtliga fält!