

# Retursedel

**För att kunna ge snabb och bra service ska detta formulär alltid fyllas i och bifogas alla returer till oss.**

\* Måste anges

Datum

Företag\*

Kontaktperson\*

Telefonnummer\*

Typ av enhet (ex. digivu, Download Key etc.)

Serienummer\*

Beskriv problemet\*

Returadress\*

c/o

Märkning

Gata

Postnummer

Ort

Skickas med enheten till:

**KG Sandström AB  
Norra vägen 28  
856 50 SUNDSVALL**

**Tel. 060 - 789 25 70**