



REKLAMATION SLÄP/BIL

Ägare

Verkstad

Tel:	_____	Tel:	_____
Fax:	_____	Fax:	_____
Mobil:	_____	Mobil:	_____
Namn:	_____	Namn:	_____
Åkeri:	_____		
Kontakt person:	_____	Kontakt person	_____
Adress:	_____	Adress:	_____
Postnr Ort:	_____	Postnr Ort:	_____
Email:	_____	Email:	_____

Tillverknings nr:

Reg. nr:

Lev. datum ifylles av Ory.

O.B.S. starta aldrig ett reklamerationsarbete utan att kontakta Ory före.
(En förutsättning för Garantin ska gälla.)

Namn vid verkstad som kontaktade Ory: _____

Datum: _____ Namnförtydligande: _____

Roger Larsson

Ingemar Hermansson

(roger.larsson@ory.se)

(ingemar.hemansson@ory.se)

Kryssa i den person personer ni kontaktat vid Ory

Reklamationsorsak: _____

Beslut om åtgärd: _____

Material: _____

Glöm ej att spara skicka material som omfattas. Ring före om det ska gå direkt till vår leverantör.

Ifylles av ORY undersökt datum

Namn: _____

Åtgärd Godkänd Avslag

Namn: _____

Anm: _____

Leverantörens åtgärd Godkänd Avslag

Företag: _____

Referens: _____

Material bilaga:

kr =

Arbete

Tim: _____

å kr: _____

kr =

Övriga kostnader:

kr =

Totalt kr

kr =

Totalt kr

kr =