



# Reklamationsanmälan

**GLAS FEL**

Reklamationsdatum	Ordernummer	Positions nummer	Anmälares namn

Leverans/ fakturadatum

Produkttyp	Storlek	Hängning VÅ/ HÖ	Antal	Kulör	Övrigt

**Orsak till reklamationen:**

  
  

Lev. Adress mottagare (produktens adress)

Namn:

  

Adress:

  

Kontakt namn vid avisering för åtgärd:

  

Tele/ Mobil:

Era-kund: Företag/ privat

  
  

Referens:

  

Tfn

## Uppmätningprotokoll

**Måste fyllas i i förekommande fall. Obs! Skadan måste vara väl synlig från tre meters håll.**

Vänligen ange mått till avvikelse i glaset:		Beskriv skadans omfattning, storlek m.m.:
<b>Rita in skadans placering.</b>		
Ange vilket glas i kassetten som det gäller:		
Yttre:		
Mellersta:		
Inre:		

## Ifylles av brukare/kund

Härmed godkännes åtgärdande av reklamation enligt ovan reklamationsnummer

Ort	Datum	Underskrift	Namnförtydligande

**OBS! Vid obefogad reklamation ej förorsakad av ERA Fönster, t.ex. transportskador, hanteringskador, monteringskador, felmontage, annat fabrikat debiteras våra kostnader dock lägst 1.000:- inkl moms**  
**Ofullständigt ifylld reklamation returneras för komplettering.**

## Ifylles av Era-Fönster:

Reklamationsnummer	Handläggare	Reparation utförs av	Datum för åtgärd

Beslut