INTRA MEDIC

Bifoga ifyllt dokument med apparat och skicka väl emballerat till: Intramedic AB Sjöängsvägen 1 C 19272 Sollentuna (använd en spårbar försändelse som levererar hela vägen (ej utlämningsställe)	**Avsändare:**
	Vårdcentral/sjukhus/företag:
	Adress:
	Postnummer:
	Postort:
	Telnr:
	Direkt telnr:
	E-mail:
	Kontaktperson:
	Ordernummer:
	Kundnummer:

Apparat typ (ex.MicroLab):	Serienummer:
Felbeskrivning:	
Fylls i av Intramedic Mottaget datum:	Ansvarig:
Försändelse komplett: Ja ☐ Nej ☐	Saknas något?
Händelseförlopp:	
Slutlligt pris:	Faktureras: Ja ☐ Nej ☐ Nytt ☐
Ärendet avslutat, datum:	Ansvarig: