

**RETUR AV FELBESTÄLLD  
PRODUKT**

Datum:

*Retur ska ske inom 14 dagar från att ordern  
har levererats.*

*Produkten ska vara oanvänd och returneras  
i sin originalförpackning.*

**PRODUKT**

|   |
|---|
| Produkt   |
| Ordernummer (Ange det ordernummer som du fått av ordersservice) |

**BESTÄLLARE**

|                    |            |
|--------------------|------------|
| Namn               |            |
| Telnr              | Mailadress |
| Returnerande enhet |            |

**ORSAK TILL RETUR**

**OBS!**

Önskar du en ny produkt behöver du göra en ny beställning via blanketten [Köp av hjälpmedel](#).

Skriv ut ifylld blankett och fäst på produkten.

Maila därefter in blanketten till [order.hjalpmedelsservice@sodexo.com](mailto:order.hjalpmedelsservice@sodexo.com)