

Företag*:

Ert objekt:

Kontaktperson/tel*:

SKiAB:s ordernr aggregat *:

Igångkörningsdatum*:

SKiAB:s ordernr reservdel*:

Skadedatum*:

Aggregat*:

Serienummer*:

 Första felet: JA NEJ

 Återkommande fel: JA NEJ

Beskrivning av fel*:

Åtgärd:

*Obligatoriska uppgifter för behandling av reklamation

Underskrift*:

Namnförtydligande*:

Datum*:

Ifylles av SKiAB

 Kunden har inkommit med följande: Mottagningsprotokoll Igångkörningsrapport

 Garanti: 5-års Garanti Fullgaranti Matrial

Felaktig del:	Artikel.nr	Reservdel	Levererad	Krediterad