

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

Material

Felaktig del:

Artikel.nr	Reservdel	Levererad	Krediterad