

SERVICEUNDERLAG

Bifogas vid varje service/reparationstillfälle

FÖRETAG:	<input type="text"/>	NORMAL PRIO:	<input type="checkbox"/>
KONTAKT:	<input type="text"/>	EXPRESS PRIO:	<input type="checkbox"/>
TELEFON:	<input type="text"/>	(Kund betalar expressfrakt m.m.)	
E-POST:	<input type="text"/>	IFYLLS AV SERVICEVERKSTAD	
KUND.NR:	<input type="text"/>	Ankomst:	<input type="text"/>
MÄRKNING:	<input type="text"/>	Åter kund:	<input type="text"/>
LEVERANSADRESS:	<input type="text"/>	Order nr:	<input type="text"/>

TYP AV JOBB:	SERVICE/REP:	<input type="checkbox"/>	GARANTI:	<input type="checkbox"/>	GOODWILL:	<input type="checkbox"/>	UPCARE AVTAL:	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------	--------------------------	----------	--------------------------	-----------	--------------------------	---------------	--------------------------

KOSTNADSFÖRSLAG ÖNSKAS:	NEJ	<input type="checkbox"/>	JA >1000kr	<input type="checkbox"/>	JA >5000kr	<input type="checkbox"/>	JA >10.000kr	<input type="checkbox"/>
-------------------------	-----	--------------------------	------------	--------------------------	------------	--------------------------	--------------	--------------------------

OBS! OM NI VÄLJER ATT INTE LAGA INSKICKAD MASKIN, SÅ UTGÅR EN FELSÖKNINGSavgift Å 400SEK EXKL.MOMS/MASKIN

HUSQVARNA BETALAR FRAKTEN TILL SERVICEVERKSTADEN OCH KUND BETALAR RETURFRAKTEN.

GÄLLER OM HUSQVARNA TILLHANDAHÅLLIT FRAKTSEDLAR. GÄLLER EJ EXPRESSFRAKT ELLER UTRIKESFRAKT

FRAKTBETALARE TILL SERVICE:	Husqvarna:	<input type="checkbox"/>	Kund:	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	------------	--------------------------	-------	--------------------------

FRAKTBETALARE FRÅN SERVICE:	Husqvarna:	<input type="checkbox"/>	Kund:	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	------------	--------------------------	-------	--------------------------

MASKIN/MODELL NR1:	<input type="text"/>	SERIENR:	<input type="text"/>
--------------------	----------------------	----------	----------------------

MASKIN/MODELL NR2:	<input type="text"/>	SERIENR:	<input type="text"/>
--------------------	----------------------	----------	----------------------

FEL SOM SKALL ÅTGÄRDAS/SYMPTOM MASKIN NR1:

FEL SOM SKALL ÅTGÄRDAS/SYMPTOM MASKIN NR2 / ÖVRIGA UPPLYSNINGAR: