


Afsender.

Returadresse:	Faktureringsadresse (Hvis anden end returadresse):
Telefon:	Købs dato:
Email:	Faktura nr.:
Kontaktperson:	Rekvisition:

Det returnerede er:

Fabrikat:	Modelnavn	Serienummer

Årsag for returnering.

Generel: <input type="checkbox"/> Til undersøgelse i forbindelse med løsning <input type="checkbox"/> Ingen funktion ved modtagelse(DOA) <input type="checkbox"/> Ingen funktion (helt død) <input type="checkbox"/> Periodisk fejl <input type="checkbox"/> Vedvarende fejl	Funktion: <input type="checkbox"/> Ind/Udgang(e) defekt <input type="checkbox"/> Effekt ikke opnåelig. <input type="checkbox"/> Programmering ikke muligt <input type="checkbox"/> Kalibrering ikke muligt	<input type="checkbox"/> Dæmpning <input type="checkbox"/> DALI <input type="checkbox"/> Bluetooth <input type="checkbox"/> DMX <input type="checkbox"/> 0(1) -> 10V <input type="checkbox"/> KNX
Fysisk: <input type="checkbox"/> Skadet kabinet <input type="checkbox"/> Skadet kabel <input type="checkbox"/> Snavset indvendig <input type="checkbox"/> Fugtig indvendig <input type="checkbox"/> Selvforskyldt	Oplysning om driftmiljø: Benyttes: <input type="checkbox"/> Indendørs <input type="checkbox"/> Udendørs <input type="checkbox"/> Inde/Ude Drifttid før fejl: år mdr. timer Type belastning: <input type="checkbox"/> LED <input type="checkbox"/> Ohmsk <input type="checkbox"/> Motor <input type="checkbox"/> Andet: Belastning: <input type="checkbox"/> Konstant <input type="checkbox"/> Periodisk	

Beskrivelse af fejlen.

--

Blanket og enhed sendes til: **2CTRL ApS, Metalgangen 19E**
2690 Karlslunde, Att. Garantisag.

Præmisser/pris politik

2CTRL vurderer i samarbejde med producenten, ud fra købsdato, serienummer, stand og brug, om der er tale om fabriksgaranti.

Produktionstidspunkt aflæses ud fra vares serienummer og faktura dato. Ingen garanti uden bevis for

Garanti Sager (gælder kun produkter købt hos 2CTRL ApS)

Dato: _____ Underskrift _____

jeg erklærer mig indforstået med ovenstående