

## INSMAT TAKUUPALAUTUSLOMAKE

**Palautuspyyntö:**

INSMAT TAKUUKÄSITTELY

Mika Ryytty

Fax: 0207 981 561

**Takuupalautusnumero (RMA):**

Palautuspäivä:

**Palautuksen syy: TAKUU****Insmat asiakasnumero:****Yrityksen nimi :****Katuosoite :****Postinumero:****Postitoimipaikka:****Yhteyshenkilö:****Puhelinnumero:****Fax:****E-mail:****Hyvityslasku:****Korvaavat tuotteet:****PALAUTUSOSOITE:**Insmat Oy / Takuut  
PL52

00381 Helsinki

Finland

**YHTEYSHENKILÖ:**email: takuu@insmat.fi

Fax: 0207 981 561

Insmat Tuotenumero	Palautuksen syy (valitse yksi valmiista vaihtoehdoista tai kerro omin sanoin)	Määrä (kpl)
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		
20.		

1. ei lataa

5. klipsin kiinnitys rikki

9. mikrofoni ei toimi

13. muu, mikä?

2. ei pidä virtaa

6. läpän kiinnitys revennyt

10. ei kuulu

3. ei lataudu

7. kuuloke fyysisesti rikki

11. virtakytkin ei toimi

4. ommel revennyt

8. kaiutin ei toimi

12. yhteysongelma

**Insmat täyttää:****Saapunut:****Vastaanottanut:****Käsitelty:****Käsittelijä:****Muuta:**