

Grå felter fylles ut av Safenor.

Safenor
internmrk:

Dato mottatt:

R2:

Kunde:

Evt. alternativ returadresse:

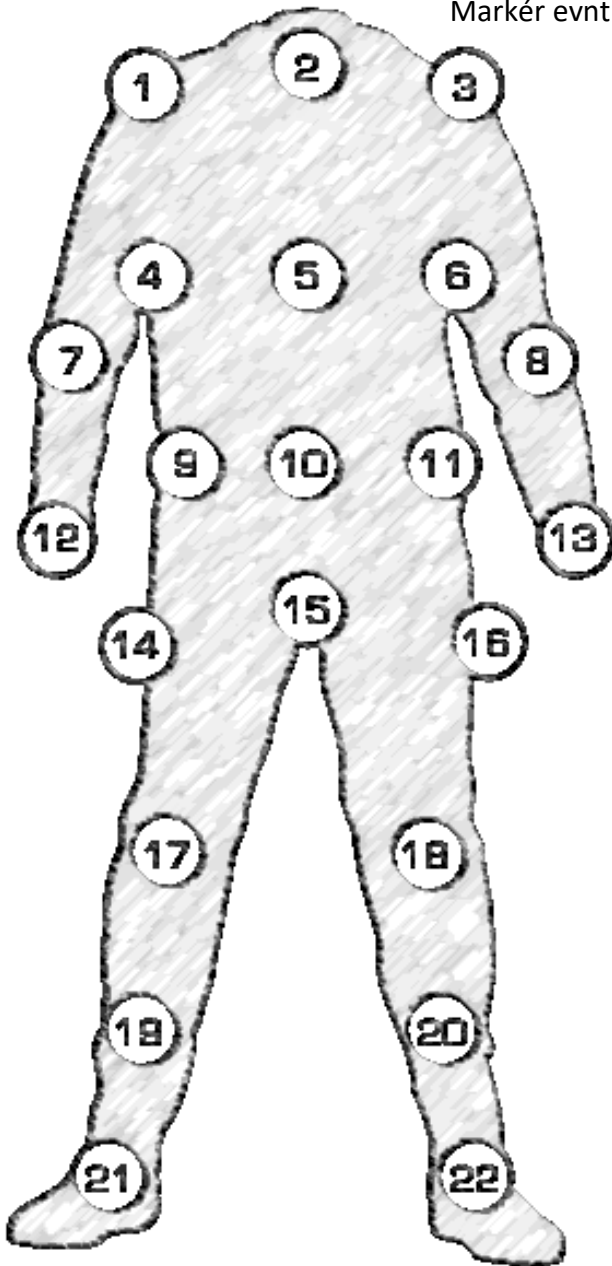
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Merke/modell/størrelse:	
Serienr/Internnr:	

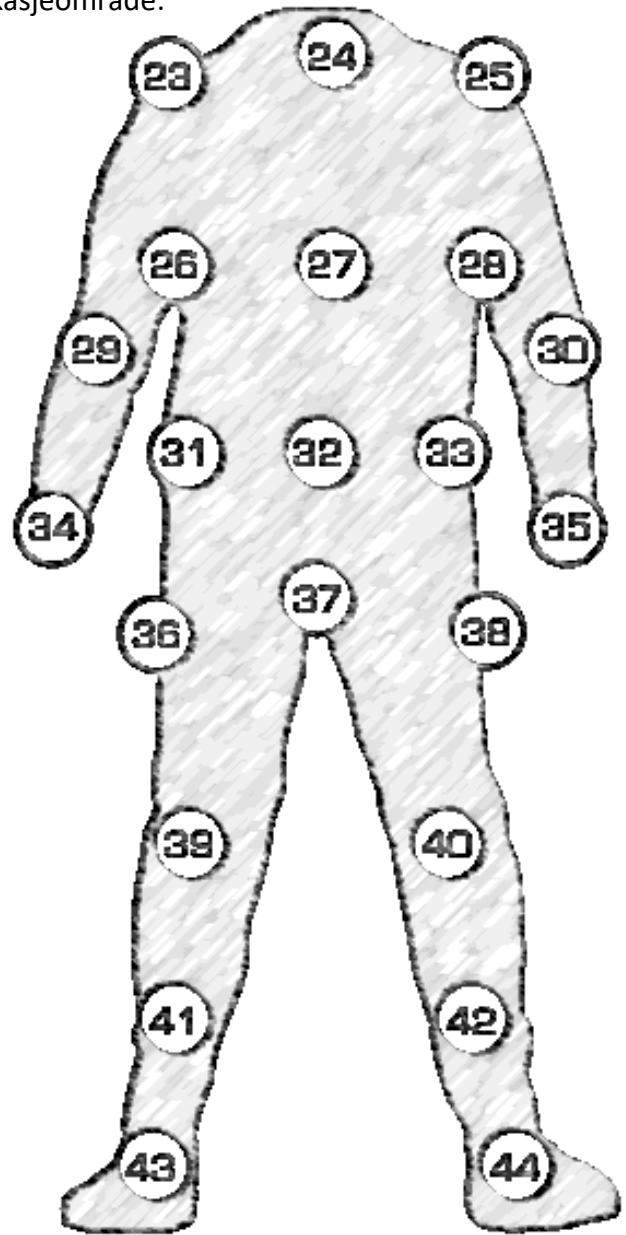
Vi tar kontakt dersom reparasjoner utover det som er utfylt av kunde er nødvendig.

Arbeid som ønskes utført:	Varenr/variant/størrelse:	Ferdig:
<input type="checkbox"/> Bytte halstetning		
<input type="checkbox"/> Bytte armmansjetter		
<input type="checkbox"/> Bytte glidelås		
<input type="checkbox"/> Bytte/montere urinalglidelås		
<input type="checkbox"/> Bytte/montere fast hette		
<input type="checkbox"/> Bytte støvler		
<input type="checkbox"/> Montere armringer		
<input type="checkbox"/> Montere halsring		
<input type="checkbox"/> Lapping		
<input checked="" type="checkbox"/> Trykkprøving 1 – obligatorisk		
<input type="checkbox"/> Trykkprøving 2		
Annet:		

Markér evt. lekkasjeområde:



FRONT



BACK
