

REKLAMASJONSSKJEMA FOR JOST STØTTEBEN (SEMITRALLE)

Kjære kunde,

for en mest mulig rask og effektiv behandling av reklamasjonen, ber vi Dem vennligst fylle ut følgende poster:

1. Full adresse, telefon- og faksnr., kontaktperson: _____

2. Deres reklamasjonsnr.: _____ Dato: _____
Kjøretøyholders navn: _____
3. Typebetegnelse i h.t. typeskilt: _____ Serienr.: _____
4. Grunn for reklamasjon: _____

5. Står støttebenet fortsatt montert på kjøretøyet? Ja Nei
6. Målt avstand fra senter av den øvre festeskruen til toppen på underlaget:
I påkoblet tilstand: _____ mm
I frakoblet tilstand: _____ mm
7. Kjøretøyprodusent: _____ Første gang registrert: _____
Kjennetegn: _____ Monteringsdato støtteben: _____
Tillatt totalvekt: _____ kg Tillatt vertikalbelastning: _____ kg
Betjeningshyppighet: ____ gang(er) pr. dag / ____ gang(er) pr. uke / ____ gang(er) pr. måned?
Fjæringssystem: Luft Blad Annet _____

Vi takker for Deres hjelp og vil, så snart vi har mottatt Deres spesifikasjoner, behandle reklamasjonen.

Underskrift / Firmastempel