

| | |
|--|-------------------------------------|
| NAMN PÅ DOKUMENT - BLANKETT Returblankett reklamation, indragning och retur - Västra Götalandsregionen | VERSION 1 |
| UPPRÄTTAD AV Caroline Nilsson, 2025-08-14 | GÄLLANDE DATUM 2025-09-01 |

Vid retur, reklamation och indragning mejlas denna blankett till Medovia. Ifylld blankett mejlas till order.skane@medovia.se Invänta sedan returgodkännande för att kunna returnera varan. Vid frågor kontaktas Medovia på order.skane@medovia.se eller telefon 010-101 50 62.

Kunduppgifter

| | |
|-------------------------|--------------------|
| Kundnummer / GLN: | Beställningsdatum: |
| Enhetens namn: | Ordernummer: |
| Leveransadress och ort: | Kontaktperson: |
| Mail: | Telefon: |

Orsak:

| |
|--|
| |
|--|

Retur av:

| Varunummer: | Produktnamn, styrka och beredningsform: | Förp.storlek: |
|--------------|---|---------------------|
| | | |
| Utgångsdatum | Batchnummer | Antal förpackningar |
| | | |

Önskas svar från tillverkaren vid reklamation (sätt kryss framför Ja, eller Nej)

Ja
 Nej

| | |
|--|--------|
| Namn ansvarig sjuksköterska / motsvarande: | Datum: |
|--|--------|

Ifylles av Medovia:

| | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| Mottaget, datum och signum: | Hanterat, datum och signum: |
|-----------------------------|-----------------------------|