**Guide och blankett för returgods till Logistikservice**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Villkor för returgods

Returgods avser produkter som beställaren önskar lämna tillbaka till Logistikservice.   
Orsaken till retur kan vara till exempel, felbeställning eller felleverans.

* Retur är möjligt senast fem (5) arbetsdagar från leveransdag.
* Retur av produkt accepteras endast om det gäller av Logistikservice lagerhållna produkter.
* Beställningsvaror, sterilvaror och kylvaror **accepteras ej** i retur.
* Produkter beställda via Beställningsservice **accepteras ej** i retur.

Vid retur av beställd produkt ska denna blankett ifyllas och bipackas med returgodset.

Eventuell kreditering sker när returgodset är kontrollerat och godkänt av Logistikservice.

Kontakta Inköpsstöd för mer information [rkinkopsstod@regionhalland.se](mailto:rkinkopsstod@regionhalland.se).

**Blankett för returgods till Logistikservice**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Denna blankett ska skickas ifylld med returgodset. Blanketten är ifyllbar i skärmläge. Returgods med bipackad blankett skickas till:

Region Halland  
Lager- och logistikservice  
Nymansgatan 16, Halmstad

## Uppgifter om avsändaren

|  |
| --- |
| **Datum** |
|  |
| **Sjukhus/vårdcentral/verksamhet** | | **Avdelning/enhet** | **Telefon** |
|  | |  |  |
|  | | | |
| **Namn - kontaktperson** | | **E-postadress** | |
|  | |  | |
|  | |  | |

## Beskrivning av returgodset

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Produktbeskrivning** | | | | | **Artikelnummer** | | **Antal** | **Ordernr/följesedel** |
|  | | | | |  | |  |  |
|  | | | | | | | | |
| **Returorsak** | | | | | | | | |
| Felbeställd artikel | Felbeställt antal | | Felleverans av Logistikservice | | | Annan orsak | | |
|  |  | |  | | |  | | |
|  | | | | | | | | |
| **Önskemål om åtgärd** | | | | | | | | |
| Kreditering av belopp | | Ersättningsartikel | | Annan önskad åtgärd | | | | |
|  | |  | |  | | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Övrig information** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |