**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.

**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** |
|  |
|  |