

SKADEANMÄLAN

Ordernummer

Kund

Namn		Telefon bostad (inkl. riktnummer)
Utdelningsadress		Telefon arbete (inkl. riktnummer)
E-postadress		Telefon mobil
Postnummer	Postadress	Ort

Godshantering

Gods packat av:	<input type="checkbox"/> Kund	<input type="checkbox"/> Stadsbudet	<input type="checkbox"/> Ej packat
Godset har varit magasinerat hos Stadsbudet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	
Har tilläggförsäkring tecknats genom Stadsbudet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	

Uppställning över skadat/saknat gods

Nr	Objekt	Typ av skada	Inköpsår	Nypris	Ersättn.krav
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					

