



REPARATIONSRAPPORT

Lekanas egna noteringar:

FÖRETAG:		ORDER.NR:	REFERENS:
KONTAKT:	TEL:	INKOM: /	
KUND NR:		UTGICK: /	
MÄRKE/LITTRA.NR:			
MASKIN/MODELL:			
CHASSIE NR:			

PRIORITET:		
1	2	3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1>2 dgr	2>3 dgr	3> dgr

FEL SOM SKALL ÅTGÄRDAS:

Ev. Reklamation

Lev. Adress:

Övriga upplysningar