

Formular für Materialrückgaben

Kunden Information

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Kunde	Kundennummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ansprechpartner	Zuständigkeitsbereich
<input type="text"/>	<input type="text"/>
E-Mail	Telefonnummer

Gerätinformation

<input type="checkbox"/> Sterilisator
<input type="checkbox"/> Dampferzeuger
<input type="checkbox"/> RDG
<input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="text"/>
Seriennummer

Materialinformation

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Artikelbezeichnung / Artikelnummer	Menge
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lieferschein	Servicebeleg

Grund der Rücksendung

Reklamation Entsorgung Überprüfung Sonstiges

Fehler Beschreibung

Ersatz gewünscht: Ja Nein Angebot Erstellung gewünscht: Ja Nein

Bitte alle Felder ausfüllen

Ort und Datum

Unterschrift