

Retour an Lieferanten

HABEL
MEDIZINTECHNIK

aufgenommen von: _____

am: _____

Lieferant:

Artikelnummer	Menge	Bezeichnung	Serialnummer

eventuelles Zubehör bitte anführen!

Fehlerbeschreibung:

Garantie:	Kunde:	ja	nein	Retourzweck:	Reparatur	Austausch
	Lieferant:	ja	nein		Sonstiges:	

Hausgerät:	Kundengerät:		Kunde hat Leihgerät:		ja	nein
	Kunde:		Kunde will KV:		ja	nein

Computerentnahme:	ja	nein	Computereingabe:	ja	PO#	nein
--------------------------	----	------	-------------------------	----	-----	------

Termin:	DRINGEND	bis	normal
----------------	-----------------	-----	--------

RA-Nr.:	angefordert am:	
retour an Lieferanten mit A-	am:	
KV Lieferant:	nicht erforderlich	erhalten
bewilligt durch:		über: am:

erledigt mit:	WÜ Nr.:	vom:
	GS:	vom: