

Rücksendeformular



Adressdaten

Name:	<input type="text"/>	Postleitzahl:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>	Ort:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>	Land:	<input type="text"/>
Firma:	<input type="text"/>		

Artikeldaten

Artikel:	<input type="text"/>	Artikelnr.:	<input type="text"/>
Kaufdatum:	<input type="text"/>	Chargenr. / Lot:	<input type="text"/>
Rgn.Nr.:	<input type="text"/>		

Grund der Rücksendung

<input type="checkbox"/> Reklamation	<input type="checkbox"/> Falschlieferung	<input type="checkbox"/> Rücksendung Leihstellung
<input type="checkbox"/> Reparatur	<input type="checkbox"/> Stornierung	
Sonstiges	<input type="text"/>	

Grund für Rücksendung (genau wie möglich)

Nachweis der Dekontamination:

Methode:	<input type="checkbox"/> Waschmaschine	<input type="checkbox"/> Reinigung	<input type="checkbox"/> Wischverfahren
Sonstiges	<input type="text"/>		
Desinfektionsmittel:	<input type="text"/>		
Ausführende Person:	<input type="text"/>		
Bemerkung:	<input type="text"/>		
Datum / Unterschrift	<input type="text"/>		