

Rückgabeprotokoll



Kundenname: _____

Kunden-Nr.: _____

Hersteller	Art.-Nr.	Kaufdatum	Belegnummer	Rückgabegrund
				<input type="checkbox"/> Rückgabe <input type="checkbox"/> Altteilpfand
				<input type="checkbox"/> Rückgabe <input type="checkbox"/> Altteilpfand
				<input type="checkbox"/> Rückgabe <input type="checkbox"/> Altteilpfand
				<input type="checkbox"/> Rückgabe <input type="checkbox"/> Altteilpfand
				<input type="checkbox"/> Rückgabe <input type="checkbox"/> Altteilpfand
				<input type="checkbox"/> Rückgabe <input type="checkbox"/> Altteilpfand
				<input type="checkbox"/> Rückgabe <input type="checkbox"/> Altteilpfand

Datum

Unterschrift

Teile-Fuxx GmbH
Stock 6
47918 Tönisvorst

02151-936510
info@teile-fuxx.de
www.teile-fuxx.de

Mo-Fr: 8:00 - 18:00
Sa: 8:00 - 12:30
So: Geschlossen