

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
Freiheitsstraße 151
41747 Viersen

021 62 / 36189-60
info@teile-fuxx.de
www.teile-fuxx.de

Mo-Fr: 8:00 - 18:00
Sa: 9:00 - 12:30
So: Geschlossen