

# Reklamation/Fehlermeldung



Bitte füllen Sie die rot markierten Bereiche aus und faxen Sie uns das Formular zurück (02361/4809-940)

<b>Kunde/Lieferant:</b> _____	<b>Kunden-/Lieferanten-Nr.</b> _____
<b>Anschrift:</b> _____	
<b>Ansprechpartner:</b> _____	<b>Telefon Nr.</b> _____ / _____
<b>Reklamationsquelle:</b> <input type="checkbox"/> telefonisch <input type="checkbox"/> schriftlich <input type="checkbox"/> Auslieferung/Besuch <input type="checkbox"/> intern	
<b>Aufgenommen (Name):</b> _____	<b>Datum:</b> ____ <b>Zeit :</b> ____ <b>Uhr</b>

<b>Urbeleg-Nr.</b> _____	<b>Lieferschein-Nr.</b> _____	<b>Lieferdatum:</b> _____
<b>Produktbezeichnung</b> _____		<b>Artikel Nr.:</b> _____

<b>Aus Warenobergruppe:</b>	<b>1</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>25</b>	<b>26/27</b>	<b>28</b>	<b>29</b>	<b>30</b>	<b>31</b>	<b>32-33</b>
Bitte ankreuzen.	<input type="checkbox"/>												
	<b>Vieh</b>	<b>40-43</b>	<b>44-46</b>	<b>47-49</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>80-86</b>	<b>87</b>	<b>88</b>	<b>89</b>	<b>9</b>	<b>keine</b>
	<input type="checkbox"/>												

<b>Gründe:</b>	<input type="checkbox"/> Falschlieferrung <input type="checkbox"/> Lieferung unvollständig <input type="checkbox"/> Rechnung falsch <input type="checkbox"/> Preis falsch <input type="checkbox"/> MHD Überschritten <input type="checkbox"/> Sonstige Gründe: _____	<input type="checkbox"/> Ware beschädigt <input type="checkbox"/> Liefertermin überschritten <input type="checkbox"/> Mangelnde/fehlende Information <input type="checkbox"/> Ware nicht erhalten
<b>Fehlerbeschreibung:</b>	_____	
(genauer Sachverhalt)	_____	
siehe Kommentar Rückseite)	_____	

<b>Fehler:</b> <input type="checkbox"/> <b>gravierend</b> <input type="checkbox"/> <b>nicht gravierend</b>	<b>Reklamation:</b> <input type="checkbox"/> <b>anerkannt</b> <input type="checkbox"/> <b>nicht anerkannt</b>
<b>Maßnahme:</b>	<input type="checkbox"/> Umtausch / Nachlieferung <input type="checkbox"/> Abholung / Ware zurück <input type="checkbox"/> neuer Termin <input type="checkbox"/> Sonstige Maßnahme: _____
<b>Bemerkungen:</b>	<input type="checkbox"/> <b>Kulanz</b> <input type="checkbox"/> Rechnung korrigiert <input type="checkbox"/> Preisnachlass <input type="checkbox"/> OP gesperrt am: _____
<b>Fehlerbeseitigung durch Bereich:</b> _____	<b>Name:</b> _____ <b>bis</b> _____
<b>OP entsperrt am:</b> _____	<b>Ursache:</b> <input type="checkbox"/> <b>eigen</b> <input type="checkbox"/> <b>fremd</b>
<b>Weiterleitung an QMB (zur Auswertung):</b>	
<b>Maßnahme wirksam / Vorgang abgeschlossen:</b>	<b>Unterschrift:</b> _____
<b>Datum:</b> _____	<b>QMB</b>