

firomatic  
Gustav-Bastert-Str. 4  
D - 33719 Bielefeld

Tel: +49 521 94749-16  
Fax: +49 521 94749-17  
Email: info@firomatic.de  
Internet: http://www.firomatic.de



## RETOURENSCHEIN

(Bitte ausgefüllt der Rücklieferung beilegen)

### Kunde (Absender):

Firma/Name: \_\_\_\_\_

Ansprechperson: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Fon / Fax: \_\_\_\_\_

### Grund der Rücksendung:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Reparatur kostenpflichtig | <input type="checkbox"/> Falschliefierung                | <input type="checkbox"/> Muster- oder Demoware   |
| <input type="checkbox"/> Kostenvoranschlag         | <input type="checkbox"/> Fehlbestellung                  | <input type="checkbox"/> Prüfung kostenpflichtig |
| <input type="checkbox"/> Gewährleistungsanspruch   | <input type="checkbox"/> Rücksendung aus Ersatzlieferung |  |

### Retourware:

Rechnung / Datum	Kommission	Artikelnummer / Bezeichnung	Menge

### Artikelzustand:

- Teile waren montiert seit \_\_\_\_\_  
in  **firomatic** Zentrale (Artikelbezeichnung) \_\_\_\_\_  
 systemfremder Anlage (Hersteller / Bezeichnung) \_\_\_\_\_  
 bauseitige Besonderheiten (Umgebungseinflüsse) \_\_\_\_\_
- Teile waren noch nicht montiert

### Fehlerbeschreibung (Bitte unbedingt ausfüllen):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum / Unterschrift: \_\_\_\_\_

(Dieses Feld bitte nicht ausfüllen)

Ausführung: \_\_\_\_\_

Rep.-Nr: \_\_\_\_\_

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Gutschrift..... EURO       |
| <input type="checkbox"/> Ersatzlieferung            |
| <input type="checkbox"/> keine Rücknahme            |
| <input type="checkbox"/> Reparatur gegen Berechnung |