

FORMULAR



rG_0510 | Auftragserfassung Q-Assurance (PSN)

Annahme-Datum: _____ Annahme-Uhrzeit: _____
Auftraggeber: _____ Debitoren-Nr./Kürzel: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Ansprechpartner: _____
☎: _____ E-M@il: _____
Bestellnummer erforderlich: Ja / Nein Stückpreis-Auftrag: Ja / Nein
Anderer Rechnungsempfänger: Ja / Nein Übernachtungskosten: Ja / Nein
Kunde wünscht ANÜ: Ja / Nein Zutritt auf das Gelände: Ja / Nein

Einsatzort: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Ansprechpartner: _____ Funktion: _____
☎: _____ Fax: _____
E-M@il: _____
Abteilung: _____ Gebäude: _____
Auftragsbeginn: _____

Anzahl MA/Schicht F-Schicht: ____ S-Schicht: ____ N-Schicht: ____ Tag-Schicht: ____
Ungefähre Dauer: 1 Tag 3 – 4 Tage > 1 Woche > 1 Monat

Artikel-Nr.	Artikelbezeichnung	D-Teil	Stückzahl
_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	_____

Durchzuführende Tätigkeit:
 Umpack- u. Reinigungstätigkeiten Sortiertätigkeit nach vorgegebenem Prüfplan
Prüfanweisung vorhanden? Ja / Nein Werkzeug von redi erforderlich? Ja / Nein

Prüfanweisung/Bemerkung

Datum : _____ Unterschrift : _____

geprüft:	am: 07.06.2018	von: J. Küspert	
freigegeben:	am: 07.05.2018	von: F. Kiessling	Version: 04