

REKLAMATIONSBERICHT

CONNECT INOX

Zuständiger Berater	Nummer	Datum
Zuständiges GC / G.U.T.-Haus	Reklamationsnummer	
Verarbeiter		
Bauvorhaben/Ort		
Datum der Installation	Datum der Reklamation	

Dimension	15	18	22	28	35	42	54
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Artikelnummer / Beschreibung							
REKLAMATIONSGRUND							
<input type="checkbox"/> Pressverbindung	<input type="checkbox"/> Toleranz		Problem:				
	<input type="checkbox"/> Schweißnaht						
FESTSTELLUNG DES DEFEKTS							
<input type="checkbox"/> vor Prüfung	<input type="checkbox"/> während Prüfung		<input type="checkbox"/> Im Betrieb				
PRÜFMEDIUM		PRÜFDRUCK			PROTOKOLL		
<input type="checkbox"/> Wasser	<input type="checkbox"/> Luft	_____ bar			<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
WERKZEUG							
<input type="checkbox"/> CONEL	<input type="checkbox"/> Verarbeiter		Hersteller:				

ENTSTANDENER SCHADEN		
<input type="checkbox"/> unbekannt	<input type="checkbox"/> lt. Rechnung	circa:
FOTOS		
<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein
KOMMENTAR-DETAILS:		
Unterschrift / Firma		