

Reparatur - Auftrag

Name _____
 Kundennr. _____
 Straße _____
 PLZ / Ort _____
 Telefon _____
 Fax _____
 Email _____

Hersteller _____
 Stück _____
 Geräteart _____
 Gerätetyp _____
 Ser. – Nr. _____
 Annahme Datum _____
 Auftragsnr. _____

Abholart Abholer DPD Spedition Post

Fehlerbeschreibung _____

Status _____

Menge	Material / Arbeit	Stückpreis	Gesamtpreis
Summe €:			
zzgl. 19% MWSt. €:			
Rechnungsendbetrag €:			

Garantie Ja Nein Repariert von _____
 Kostenvoranschlag Ja Nein Fertiggestellt am _____
 Sonstige Abmachungen _____

Auftraggeber _____

Aufhofstr. 5
 55218 Ingelheim
 Tel: 06132-75414
 Fax: 06132-75424
 Email: info@sound-clinic.com
 www.sound-clinic.com



Sound Clinic

Professionelle Audioelectronic