

STROHM



IKTATÓSZÁM

(Strohm Mofém Zrt. tölti ki)

MOF-

PARTNER ADATAI

Név: _____
Cím: _____
Ügyintéző: _____
Tel: _____

VISSZÁRU KÉRELEM

Sorszám	Tételkód	Megnevezés	Mennyiség	ÁRU VISSZASZÁLLÍTÁSÁNAK OKA			ÁRU ÁLLAPOTA		
				Téves szállítás	Hiányos	Sérült/Hibás	Sértetlen csomagolás	Sérült csomagolás	Csomagolás nélküli
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Dátum: _____
aláírás, P.H.

STROHM MOFÉM ZRT. TÖLTI KI

Visszaszállítás dátuma: _____

Raktárra vétel dátuma: _____

A visszáru kérelmet

Elfogadom Elutasítom

Megjegyzés:

aláírás