

# Reparatur - Auftrag

Name _____	Hersteller _____
Kundennr. _____	Stück _____
Straße _____	Geräteart _____
PLZ / Ort _____	Gerätetyp _____
Telefon _____	Ser. – Nr. _____
Mobil _____	Annahme Datum _____
Email _____	Auftragsnr. _____

Abholart:       Abholer       UPS       Spedition       Post

## **Fehlerbeschreibung**

.....  
.....  
.....  
.....

## **Status**

.....  
.....  
.....  
.....

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

Garantie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Repariert von _____
Kostenvoranschlag	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Fertiggestellt am _____
Sonstige Abmachungen	_____		
_____			
_____			

Datum, Auftraggeber (Unterschrift): \_\_\_\_\_

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

