

# REKLAMATIONSBERICHT

## CONNECT INOX

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

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

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