

vorläufige **AB-Nr.** _____ **Vorgang-Nr.** _____


Bitte alle gelb hinterlegten Felder ausfüllen!

Datum								
Firma								
Kunden-Nummer								
Box(en) erwünscht ja/nein		ja () nein ()						
nicht nachschleifbare Messer entsorgen		ja () nein ()						
nicht nachschleifbare durch neue ersetzen		ja () nein ()						
		Kunde / angeliefert		nachschleifbar		Vertrieb		
Messer Nummern		Messer	Boxen	ja	nein	nachge- schliffene Messer	defekte durch neue ersetzt	neue Boxen
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

Kunde/Sachbearbeiter: _____

Produktion: _____

Lesyk/Sachbearbeiter: _____

Anm.: defekte Messer werden durch Firma Lesyk entsorgt!