

EINGANG

Datum: _____

Uhrzeit: _____

LRS-Bestellformular KABEL

FAX-Nr. 08131 591-199

KONTAKT

Herr/Frau: _____

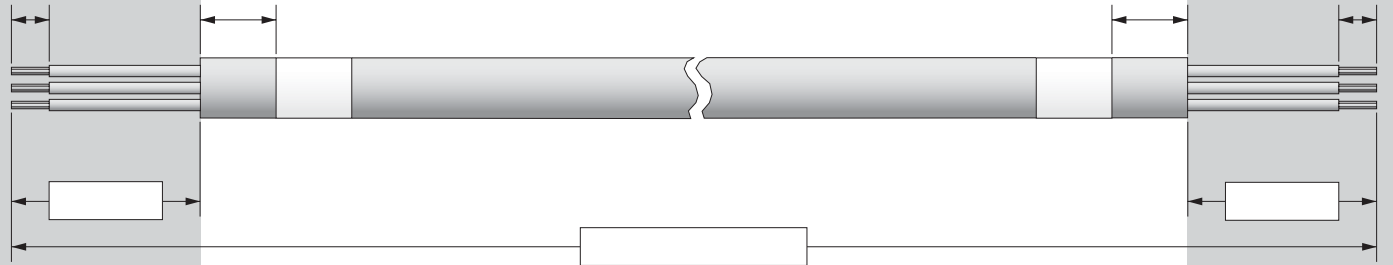
Telefon: _____

Fax: _____

E-Mail: _____

LIEFERANSCHRIFTLACON Kunde ja nein **FIRMENSTEMPEL****1. SEITE****FERTIGEN NACH:**LRS-Formular Skizze/Foto Belegungsplan **2. SEITE**

Maße in [mm]



Teilabzug

Verzinnen

Crimpen

Kontaktbezeichn. _____

Kabelbezeichnung: _____

Einsatzgebiet/Anwendung: _____

Teilabzug

Verzinnen

Crimpen

Kontaktbezeichn. _____

KENNZEICHNUNG/BESCHRIFTUNGInk-Jet Kabelmarkierer Schrumpfschlauch

Text 1. Seite

Text 2. Seite

Fortlaufender Text

Weitere Anforderungen/Hinweise/Besonderheiten:

LIEFERUNGKurier (nur Großraum München)DHL Standard Express

anderer Frachtführer: _____

BESTÄTIGUNG

Uhrzeit: _____

Unterschrift: _____

AUFTRAGSPREIS (alles inkl.)