

KD Auftragsformular Kalibrierung / Begleitdokument

Bitte pro Messgerät Einsendung jedem Einzelgerät beifügen, Sie helfen uns so weitere Prozesskosten zu vermeiden (Rücksprachen)!
 Bei mehrfacher DEUKAS Rücksprache behalten wir uns vor unsere Aufwände in Rechnung zu stellen (Aufwandspauschale 39,50 EUR/Netto)!

Kundendaten

Firmenbezeichnung : _____

Anschrift : Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Angaben zum technischen Ansprechpartner

Name, Vorname : _____

Telefon : _____ Fax: _____

E-Mail : _____

Bem.: Die von Ihnen o.a. Firmenbezeichnung wird auf dem Kalibrierschein aufgeführt!

Kundenspezifische Informationen zu Ihrem Auftrag (bitte ankreuzen/ausfüllen!)

Auftrag des Kunden : Kalibrierung Reparatur (Fehlerbeschreibung s.u.)

Auftrags-/Bestellnr. : _____ (eindeutige KD Auftragsnummer, KD Rechnungsbezug, etc.)

Kalibrierart : DAkKS ISO KV erwünscht bei Reparatur

Kal.-Schein. Format : Papier PDF/Mail beides

(Achtung hier entstehen Mehrkosten!)

Bem./Abw. Lieferung: _____ versicherter Rückversand erwünscht!

Ggfs. Mail-Adressen : KV/Kal.-Schein: _____ Rechnung: _____

(wenn elektr. Auftragsbearbeitung gewünscht!)

Bemerkungen/Hinweise:

- Bei reiner Kalibrierung Ihres Messgerätes, gehen wir von einem funktionsfähigen Messgerät im kalibrierfähigen Zustand aus.
- Nicht bei allen Messgeräten lässt sich das Kalibrierdatum im Messgerät einstellen, entscheidend ist jedoch immer das Datum im Kalibrierschein selbst, nicht das hinterlegte Ablaufdatum im Gerät. Des Weiteren gilt die Kalibriermarke auf dem Messgerät.
- Bitte nennen Sie uns, wenn für Ihr Unternehmen notwendig/abrechnungsrelevant, vorab Ihre Auftrags- oder Bestellnummer!
- Nachträgliche Aufwände zu Ihrem Auftrag (Rücksprachen bzgl. Ihres Auftrages, fehlende Fehlerbeschreib., Rechnungsstellung, etc.) behalten wir uns vor pro Auftrag in Rechnung zu stellen (Aufwandspauschale 39,50 EUR/Netto)!
- Im Reparaturfall bitten wir um eine detaillierte Fehlerbeschreibung im nachfolgenden Reparaturabschnitt.
- Versicherter Rückversand: Normalversand (Versicherung max. 500 EUR), zusätzl. Versicherung (> Kosten bzgl. kg/VPE/Größe) je VPE.

Angaben zum Messgerät

Hersteller : _____ Beschreibung: _____

Typ/Modellnummer : _____ Serien Nr.: _____

Kalibrierintervall (KD): _____ Monate

Wichtig: Kal.-Intervall, Angabe des Kunden, bei Nichtangabe: Kal.-Intervall generell 1 Jahr!

Optionen/Hinweise : _____

Reparatur

Fehlerbeschreibung : _____

(bitte detailliert, ggfs. Rückseite nutzen)

Datum

Unterschrift

Firmenstempel