

Gewerbstrasse 24
4123 Allschwil
Tel. 061 281 21 18
diazzo@diazzo.ch

Kundennummer:	Bestelldatum:	Auftragsnummer:
----------------------	----------------------	------------------------

Projektnummer:	Projektname:
-----------------------	---------------------

Termin - Auslieferung	an: <input type="checkbox"/> Auftraggeber <input type="checkbox"/> Rechnungsadresse <input type="checkbox"/> andere Adresse	per: <input type="checkbox"/> Kurier <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> wird abgeholt	Fremdkosten / Porto		
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">Datum:</td> <td style="width:50%;">Zeit:</td> </tr> </table>	Datum:	Zeit:			
Datum:	Zeit:				

	Auftraggeber	Rechnungsadresse	andere Adresse
Firma	<input style="width:100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width:100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width:100%; height: 20px;" type="text"/>
Vorname/Name	<input style="width:100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width:100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width:100%; height: 20px;" type="text"/>
Adresse	<input style="width:100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width:100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width:100%; height: 20px;" type="text"/>
PLZ/Ort	<input style="width:100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width:100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width:100%; height: 20px;" type="text"/>

Arbeitsposition	Format DIN oder Breite x Höhe		Einheit	Anzahl Originale	Anzahl Kopien	S / W	Farbig	Falzen	Heften	Lochen		Bemerkung
										2-er	4-er	
		x										
		x										
		x										
		x										
		x										
		x										
		x										
		x										
		x										
		x										
		x										
		x										
		x										
		x										
		x										
		x										
		x										
		x										
		x										

INFO:

.....

.....

.....

Abgeschickt	Verarbeitet	Kontrolliert	
<input style="width:100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width:100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width:100%; height: 20px;" type="text"/>	

Empfänger (Vorname/Name)	Unterschrift
.....