

Name:

Straße:

PLZ:

Ort:

Tel.:

Fax.:

Optik Werkstatt GmbH
Benzstraße 46-50
12277 Berlin

Tel.: 030 / 740 696-0

Fax.: 030 / 740 696-27

Web: www.optikwerkstatt.de

Kunden-Nr.:

Datum:

Kommission:

Bestelldatum:
der **Erstbestellung**

Lieferscheinnummer:
der **Erstbestellung**

Bitte beachten Sie, dass nur **vollständig ausgefüllte Retourformulare** bearbeitet werden können.

Grund der Rücksendung:

Ihr Regulierungswunsch:

☐ Gutschrift

☐ Neulieferung

Anmerkungen

Intern

WE

WA