

**BEI REKLAMATIONEN BITTE MITSENDEN
RETOURENBEARBEITUNG**

RMA#:	
-------	--

Für eine reibungslose Bearbeitung sind folgende Angaben zwingend erforderlich. Für Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit gern zur Verfügung.

<input type="checkbox"/> Waren eingegangen am:	<input type="checkbox"/> (Bisher) kein Wareneingang
--	---

IHRE KONTAKTDATEN:	
Kundennummer:	
Firma:	
Abteilung:	
Ansprechpartner:	
Straße:	
PLZ/Ort:	
Tel.:	
E-Mail:	

AUFTRAGS-/PRODUKTDATEN:	
Unsere Lieferscheinnummer: (optional Rechnungsnummer)	
Ihre Auftragsnummer:	
Artikelbezeichnung:	
Seriennummer:	
Menge:	

GRUND DER RÜCKSENDUNG:

Datum	Unterschrift
-------	--------------

UNSERE KONTAKTDATEN:

Tel.: +49 351 843599-0
 Fax: +49 351 843599-111
 E-Mail: info@optocon.de

UNSERE ANSCHRIFT:

Optocon AG
 Washingtonstrasse 16/16a
 01139 Dresden
 Deutschland

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.