

Wareneingangskontrolle

Datum:	Uhrzeit:		Lieferant:	Lieferschein-Nr.:
	ok	nicht ok	Bemerkungen/ Maßnahmen	
Temperatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
MHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Verpackung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sensorik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Unterschrift				

Datum:	Uhrzeit:		Lieferant:	Lieferschein-Nr.:
	ok	nicht ok	Bemerkungen/ Maßnahmen	
Temperatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
MHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Verpackung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sensorik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Unterschrift				

Datum:	Uhrzeit:		Lieferant:	Lieferschein-Nr.:
	ok	nicht ok	Bemerkungen/ Maßnahmen	
Temperatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
MHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Verpackung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sensorik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Unterschrift				