

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 | | | |