

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			