



AUFTRAG INJEKTOR PRÜFUNG

Firma:

Vorname/Nachname:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon/Handy:

E-Mail:

Fahrgestellnummer:

Schlüsselnummer/KBA: zu 2: zu 3:

Aktueller KM-Stand Fahrzeug:

Stückzahl:

Teilenummer:

Fehlerbeschreibung:

Arbeitsauftrag: Prüfung + Rückmeldung
Prüfung + wenn nötig SOFORT Instandsetzen

Bitte senden Sie Ihr Paket gut verpackt an:
CarBox 24 GmbH Zollersbühnstr. 1 76437 Rastatt

Ort/Datum _____ Unterschrift: _____

AUSFÜLLEN UND AUSGEDRUCKT DEM PRODUKT DAZU LEGEN!