

# WARENEINGANGSKONTROLLE

Datum	Uhrzeit		Lieferant	Lieferschein Nr
	OK	NICHT OK	BEMERKUNGEN/MAßNAHMEN	
Temperatur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----	
Mind. Haltbarkeitsdatum	<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"/>	-----	
Mind. Haltbarkeitsdatum	<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				