Änderung Modulschrankeinrichtung medizinischer Sachbedarf

MedUniServ GmbH
Logistik Beratung und Planung
Team Modulschrankbetreuung

Allgemeine Angaben:

Abteilung: _____ Ansprechpartner: _____

Kostenstelle: _____ Telefon: _____

Auftrag eilt/
Bemerkung: _____ **Unterschrift Team-/ Gruppenleitung:** _____

Angaben zu Änderung und Produkt		Angaben zu Bestellort				Menge	
Hinzufügen/ entfernen/ Menge anpassen/ersetzen	**Artikelbezeichnung mit SAP-Nr. oder REF-Nr.**	**Raum-Nr.**	**Schrank- Nr.**	**Fach**	**Teilfach**	**MIN**	**MAX**

Fax: 0221 – 478 1460236
Email: modulschrank-Betreuung@uk-koeln.de