



## REGISTRAZIONE ENTRATA MEZZI ITALIA

UFFICIO		
DATA:	ORA:	N° DDT/FATTURA:
FORNITORE:	CLIENTE:	N° COLLI:
MAGAZZINO		
Presenza SIP <input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> INSUFFICIENTE <input type="checkbox"/> VARIE SCHEDE <input type="checkbox"/> ASSENTE		Colli sovrappponibili <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Riscontro colli: N° _____ <input type="checkbox"/> CORRETTO <input type="checkbox"/> NON CORRETTO	Integrità imballo <input type="checkbox"/> INTEGRO <input type="checkbox"/> DANNEGGIATO <input type="checkbox"/> ASSENTE	Mezzo di raccolta <input type="checkbox"/> IDONEO <input type="checkbox"/> NON IDONEO <input type="checkbox"/> NON PRESENTE

NOTE:

---

---

---

---