

## Alt-Teil-Rücksendung Good Collection Request Form

Datum Date		CRM-Nummer (von SAF-HOLLAND auszufüllen) CRM-Number (to be filled by SAF-HOLLAND)	JJ-KW-XXXX
---------------	--	--	------------

**Bitte beachten Sie:**

Nur vollständige Formulare können bearbeitet werden! Bitte senden Sie das Formular an:

**Fax. +49 (0) 6095 301 494**

Falls Sie innerhalb von 48 Stunden (Mo-Fr) keine Rückmeldung erhalten, bitte kontaktieren Sie:

**eileen.kunert@safholland.de**

**Please note:**

Only completed forms will be processed! Please return this form to:

**Fax. +49 (0) 6095 301**

**494**

If you do not receive confirmation within 48 hours (Mo-Fr) please contact:

**Eileen.kunert@safholland.de**

Firma Company					
Adresse 1 Address 1					
Adresse 2 Address 2		Postleitzahl Post Code			
Ort City		Land Country			
Ansprechpartner Nachname Contact Person Last Name			Vorname First name		
Email Adresse Email address					
Telefon Telephone		Fax Fax			
Anzahl der Lademittel Number of packages		Art der Lademittel Type of packages		Gewicht der Ladung Total weight	kg
Knorr Bremsattel Knorr Brake caliper					
Knorr Zuspanneinheit SB6 Knorr exchange caliper SB6					
Knorr Zuspanneinheit SN6 Knorr exchange caliper SN6					
Knorr Zuspanneinheit SK7 Knorr exchange caliper SK7					
Knorr Zuspanneinheit SN7 Knorr exchange caliper SN7					
Knorr Zuspanneinheit SB7 Knorr exchange caliper SB7					
Knorr Zuspanneinheit ST7 Knorr exchange caliper ST7					
Knorr Zuspanneinheit ST6 Knorr exchange caliper ST6					

Datum / Date

Stempel/Unterschrift / Stamp / signature of