

Formular für Etiketten Offertanfrage

Datum date date		<input type="checkbox"/> Frau / Mme. / Mrs.	<input type="checkbox"/> Herr / M. / Mr.
Nachname nom de famille last name		Vorname prénom first name	
Firma entreprise company		Abteilung / Gebäude département / bâtiment department / building	
Strasse rue road		PLZ + Ort code postal + ville ZIP + City	
Tel.		Fax	
E-Mail		Kunden-Nr. no. de client customer-no.	

Etikettenformat	Rechteckig oder quadratisch <input type="checkbox"/>	Rund <input type="checkbox"/>	Oval <input type="checkbox"/>	Spezial <input type="checkbox"/>
Masse / Breite x Höhe mm				

Klebstoff	Permanent haftend <input type="checkbox"/>	Ablösbar <input type="checkbox"/>	Im Zweifelsfall, bitte die Anwendung angeben	Spezial <input type="checkbox"/>
------------------	---	--------------------------------------	--	-------------------------------------

Obermaterial Papier	Papier weiss matt <input type="checkbox"/>	Papier weiss glänzend <input type="checkbox"/>	Papier Gold matt <input type="checkbox"/>	Papier silber <input type="checkbox"/>
oder Kunststoff	Polypropylen Folie weiss <input type="checkbox"/>	PPN Folie transparent <input type="checkbox"/>	PPN Folie silber <input type="checkbox"/>	Andere... <input type="checkbox"/>

Druckfarben	Schwarz <input type="checkbox"/>	Eine Buntfarbe <input type="checkbox"/>	2-,3- oder 4-farbig <input type="checkbox"/>	Unbedruckt (neutral) <input type="checkbox"/>
--------------------	-------------------------------------	--	---	--

Menge	
--------------	--

Anwendungszweck	
------------------------	--

Bemerkungen und Fragen	
-------------------------------	--