

Ihre Anschrift (Rechnungsanschrift:)

Name

Datum:

Straße

Gewünschter Termin:

PLZ, Ort

Telefon

Emailadresse

Abholung Versand/Lieferung

DRUCK **KOPIE** **SCAN**

Original-/ Dateiname	Format	Auflage	duplex	S/W / farbe	Papier

Weiterverarbeitung (Druck/ Kopie)

- lochen (2-/4-fach) heften falzen nuten
 schneiden Broschüren laminieren
 Leimbindung Spiralbindung Cover: _____
 Hardcoverbindung

Scan:

Auflösung: _____

Dateiformat: _____

Anmerkungen:

Unterschrift

***Mindestauftragswert 10 ,- €, Lieferung Versand ab 25 ,- € kostenlos**