

Fragebogen zum Scan-Dienstleistungs-Angebot

Bitte zifaxen:
0821-7203977

_____	_____
Büro/Firma	Ansprechpartner
_____	_____
Straße	PLZ, Ort
_____	_____
Telefon, Fax	Email

1. Dokumentenmenge

Anzahl der Dokumente: ca. _____

Formate	Anteil in %	davon s/w %	davon Farbe %
A0+	_____ %	_____ %	_____ %
A0	_____ %	_____ %	_____ %
A1	_____ %	_____ %	_____ %
A2	_____ %	_____ %	_____ %
A3	_____ %	_____ %	_____ %
A4	_____ %	_____ %	_____ %

2. Dokumentenbeschaffenheit (bitte ankreuzen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> gerollte Dokumente | <input type="checkbox"/> aus dem Planschrank |
| <input type="checkbox"/> aus Ordnern (gefaltet) | <input type="checkbox"/> mit Lochverstärkern |
| <input type="checkbox"/> geklammert | <input type="checkbox"/> mit Klebestreifen oder Rissen |
| <input type="checkbox"/> ist ein Scannen vor Ort gewünscht oder notwendig | |
- Scannen vor Ort zwingend notwendig (Datenschutz) ja nein

Haben Sie sonst noch Fragen oder bestehen weitere Besonderheiten?
