

**Fitness Island Qualitäts- Garantie  
Rückerstattungs- Formular**

<b>Freiwillige Felder</b>	
Name Kunde	
Strasse	
Ort	
Telefon	
Mail	
Problembeschrieb	
Info Behebung an Kunde erwünscht (ja/ nein)	
<b>Obligatorische Felder</b>	
Datum	
Zeit Eintritt	
Zeit Austritt	
Produkt	
Betrag	
Name FI Mitarbeiter	
Unterschrift Kunde (Geld erhalten)	
Unterschrift Mitarbeiter (Geld ausbezahlt)	