

Erstmusterprüfbericht/ Initial Sample Submission Report



Absender / Sender: Kählig Antriebstechnik GmbH Pappelweg 4 30179 Hannover	Grund der Bemusterung / Cause of first sample / <input type="checkbox"/> Erstbemusterung / First sample <input type="checkbox"/> Nachbemusterung / Re-sampling <input type="checkbox"/> Prüfbericht sonstiger Muster / Test report other samples <input type="checkbox"/> Neuteil / New part <input type="checkbox"/> Produktänderung / Product modification <input type="checkbox"/> Produktionsverlagerung / Production transfer <input type="checkbox"/> Änderung der Produktionsverfahren / Change in the production process <input type="checkbox"/> Längeres Aussetzen der Fertigung / Long production pause <input type="checkbox"/> Neuer Unterlieferant / New sub-contractor <input type="checkbox"/> Fertigungs-, Prüfplan erstellt / Production / Inspection and Testplan prepare <input type="checkbox"/> K-FMEA durchgeführt / C-FMEA carried out / C-FMEA <input type="checkbox"/> P-FMEA durchgeführt / P-FMEA carried out / P-FMEA																																																																																										
Zieladresse / Address: 																																																																																											
Anlagen / Appendices																																																																																											
<input type="checkbox"/> 01 Zeichnung / Technical drawing <input type="checkbox"/> 02 Funktionsprüfung / Functional check <input type="checkbox"/> 03 Maßprüfung / Dimension check <input type="checkbox"/> 04 Werkstoffprüfung / Material check <input type="checkbox"/> 05 Zuverlässigkeitsprüfung / Reliability check <input type="checkbox"/> 06 Prozessfähigkeitsnachweis / Process capability evidence	<input type="checkbox"/> 07 Prozess-Ablaufdiagramm / Process flowchart <input type="checkbox"/> 08 Prüfmittelfähigkeitsnachweis / Evidence for inspection and test equipment capability <input type="checkbox"/> 09 Kontrollplan / Control plan <input type="checkbox"/> 10 Geräuschmessung / Noise-level test <input type="checkbox"/> 11 Konstruktionsfreigabe / Construction release <input type="checkbox"/> 12 Zertifikate / Certificate																																																																																										
<input type="checkbox"/> 13 Erscheinungsbild / Appearance <input type="checkbox"/> 14 EG Datensicherheitsblatt / EU Data safety sheet <input type="checkbox"/> 15 Inhaltsstoffe in Zukaufteile / Constituents of purchased parts <input type="checkbox"/> 16 Sonstiges / Other																																																																																											
Kenn- Nr. Lieferant / No. of supplier: Prüfberichts-Nr. / Inspection report No.:	Version:																																																																																										
Sach- Nr. / Subject No. : Zeichnungs- Nr. / Tech. drawing No.: Stand, Datum / Rev.-State, Date: Änderungs- Nr. / Rev. No.: Benennung / Discription:	Kunde / Customer: Prüfberichts-Nr. / Inspection report No.: Sach- Nr. / Subject No. : Zeichnungs- Nr. / Tech. drawing No.: Stand, Datum / Rev.-State, Date: Änderungs- Nr./Rev. No.: Benennung / Discription:																																																																																										
Lieferschein-Nr., Datum / Delivery note., Date: Liefermenge / Quantity delivered: Chargen- Nr./ Charge No.: Mustergewicht / Weight of sample:	Wareneingang-Nr., Datum / Receiving No., Date: Abladestelle / Delivery point :																																																																																										
Bestätigung Lieferant: / Suppliers confirmation Hiermit wird bestätigt, dass die Bemusterungen in Anlehnung der VDA Schrift 2+ Ziffer 4 durchgeführt worden ist. Die Bemusterung wurde ohne IMDS Eintrag und ohne Materialprüfzeugnisse erstellt.																																																																																											
Name / Name: Abteilung / Departement: QS E-Mail: Datum/Date Unterschrift/Signature	Bemerkung / Remark: 																																																																																										
Entscheidung Kunde / Decision customer	Gesamt/ Total																																																																																										
Frei / Free Frei mit Auflage / Conditionally approved Abgelehnt, Nachbemusterung nötig/ Reject, re-sampling nessesary	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="18">Gemäß Anlage / In accordance to appendix:</th> </tr> <tr> <th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th><th>6</th><th>7</th><th>8</th><th>9</th><th>10</th><th>11</th><th>12</th><th>13</th><th>14</th><th>15</th><th>16</th><th>17</th><th>18</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Gemäß Anlage / In accordance to appendix:																		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemäß Anlage / In accordance to appendix:																																																																																											
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18																																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																										
Abweis- Genehmigung- Nr. / Deviation concession No. : Bei Rücksendung, Lieferschein-Nr., Datum / By return, delivery note, date :																																																																																											
Name / Name : Abteilung / Dept.: Tel., Fax, E-Mail: Datum, Date Unterschrift, Signature	Bemerkung / Remark : 																																																																																										