## Einweisungsliste Shaper Origin



Ich bestätige mit meiner Unterschrift verbindlich, dass

- ich die Regeln und Hinweise gelesen und verstanden habe
- ich ein Werkstück unter Anleitung erfolgreich gefertigt habe
- ich bei weitergehenden Fragen die Bedienungsanleitung der Maschine lesen werde
- die Möglichkeit für Fragen und Diskussion gegeben war
- die Möglichkeit, eine Kopie der Anleitung zu erhalten, gegeben war

| Nr. | Datum | von | bis | Name | Unterschrift | Einweisender | Unterschrift |
|-----|-------|-----|-----|------|--------------|--------------|--------------|
|     |       |     |     |      |              |              |              |
|     |       |     |     |      |              |              |              |
|     |       |     |     |      |              |              |              |
|     |       |     |     |      |              |              |              |
|     |       |     |     |      |              |              |              |
|     |       |     |     |      |              |              |              |
|     |       |     |     |      |              |              |              |
|     |       |     |     |      |              |              |              |
|     |       |     |     |      |              |              |              |
|     |       |     |     |      |              |              |              |
|     |       |     |     |      |              |              |              |
|     |       |     |     |      |              |              |              |
|     |       |     |     |      |              |              |              |
|     |       |     |     |      |              |              |              |
|     |       |     |     |      |              |              |              |
|     |       |     |     |      |              |              |              |
|     |       |     |     |      |              |              |              |
|     |       |     |     |      |              |              |              |
|     |       |     |     |      |              |              |              |
|     |       |     |     |      |              |              |              |
|     |       |     |     |      |              |              |              |
|     |       |     |     |      |              |              |              |
|     |       |     |     |      |              |              |              |
|     |       |     |     |      |              |              |              |
|     |       |     |     |      |              |              |              |
|     |       |     |     |      |              |              |              |