|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | |
| (Adresse) | | **Bau**  Leitung: N. Eichbaum  Luzerner Kantonsspital  Spitalstrasse | 6000 Luzern 16  Telefon 041 205 31 02  [nils.eichbaum@luks.ch](mailto:nils.eichbaum@luks.ch) | luks.ch |

**Luzern**, (Datum) - (Kürzel)

**Lieferschein**

**Projektnr. / Projektname** (Projektnr./Projektname)

Sehr geehrte(Anrede)

Im Anhang folgende Unterlagen zur Unterschrift und Retournierung:

**Arbeitsgattung** (SKP-Nr. / Bezeichnung)

**Vertragsdokument**

**Bestellnummer** B(XXXXX)

**Anzahl Exemplare** (Anzahl)

Wir bitten Sie, uns die unterzeichneten Exemplare bis am (Datum) zu retournieren.

**Empfängeradresse** (Empfängeradresse)

Wir freuen uns auf eine angenehme Zusammenarbeit

Freundliche Grüsse

Luzerner Kantonsspital

(Vorname / Name)

(Funktion)

Bau