

Auftrag für Computerforensische Beweismittelsicherung und 1. Sichtung

Für jeden Fall einen eigenen Auftrag verwenden. Bitte vollständig und gewissenhaft ausfüllen. Die Beweismittelsicherung und erste Sichtung erfolgt zu den Preisen gemäß beiliegender Preisliste. Mit der Erteilung dieses Auftrages erkennen Sie unsere AGB ausdrücklich an.

1. Auftraggeber: (Falls Rechnungsempfänger nicht identisch, bitte auf separatem Blatt Rechnungsempfänger mitteilen)

Korrekt Name oder Firmenname:		Geschäftsführer:	
Straße:		PLZ und Ort:	
Ansprechpartner:		Telefon:	Telefax:
e-Mail:			
Abholung am: statisch:	von	bis	Uhr
dynamisch:	von	bis	Uhr

Abholung kostenlos! Kosten Rücktransport gemäß Preisliste.

2. Technische Daten: (bei mehr als 1 Datenträger bitte gesondertes Blatt)

Hersteller Datenträger:	Modell:	Serien-Nr.*:
Hersteller Controller (bei RAID):	Modell:	Serien-Nr.*:
Kapazität: gesamt:	belegt:	

* Pflichtfelder

3. Betriebssystem (Operating system):

<input type="checkbox"/> DOS (FAT) <input type="checkbox"/> NOVELL <input type="checkbox"/> OS2 (HPFS) <input type="checkbox"/> NT (NTFS) <input type="checkbox"/> UNIX <input type="checkbox"/> MAC <input type="checkbox"/> SUN <input type="checkbox"/> andere:		
Version Betriebssystem:	Dateisystem:	
Lange Dateinamen: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja	Komprimiert: <input type="checkbox"/> Ja, von	Verschlüsselt: <input type="checkbox"/> Ja, Bit

4. Datenorganisation:

Volumen - Anzahl (Partition):

5. Was wurde genau gemacht (Problembeschreibung)? Benutzen Sie zusätzliche Blätter, falls notwendig!

6. Warum? (Motivationslage)

<input type="checkbox"/> Betrugsverdacht
<input type="checkbox"/> Vertuschung
<input type="checkbox"/> Verdeckung einer Straftat
<input type="checkbox"/> Mobbing
<input type="checkbox"/> Andere:

7. Wer veränderte? Wo? Wann?

Vollständiger Name:	Login-Name auf dem System:	
EDV-Kenntnisse:	Position:	
Persönlichkeitsprofil:		
<input type="checkbox"/> Lokal	<input type="checkbox"/> Netzwerk	<input type="checkbox"/> Zuhause
Genaue Ortsangabe:		
Datum:	Uhrzeit:	

8. Wie?

Vermutung: <input type="checkbox"/> Software	<input type="checkbox"/> Hardware	<input type="checkbox"/> Andere:
--	-----------------------------------	----------------------------------

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">Halten Sie vor der Sicherstellung von Datenträgern unbedingt Rücksprache mit uns und lassen Sie alle Beteiligten stets quittieren.Wir sichern Ihnen absolute Vertraulichkeit zu! Jeder unserer Mitarbeiter ist einzeln Geheimnisverpflichtet!Bitte vorab per Fax zur Vorbereitung auf Ihren Fall senden! Unterschrieben im Original dem Datenträger beilegen! |
|---|

KUERT Datenrettung Deutschland GmbH Südring 23 44787 Bochum. Tel: +49 (0)2 34 9 62 90 39-0 Fax: +49 (0)2 34 9 23 31 28

E-mail: info@datenambulanz.de Homepage: www.datenambulanz.de

Bankverbindung: Commerzbank Bochum Kontonr.: 1 00 58 59 BLZ: 430 400 36

Senden Sie dieses Formular bitte zurück an folgende Faxnummer: **+49 (0)2 34 – 9 23 31 28**