

Anmeldeformular

Bitte diese Felder nicht ausfüllen

SA-Nr.		Kunden-Nr.	
--------	--	------------	--

Bitte die untenstehenden Felder ausfüllen

Auftraggeber:			
Firma			
Strasse			
PLZ/Ort			
Abholadresse (falls anders als Auftraggeber)			
Firma		Kontaktperson	
Zusatz		Telefon direkt	
Strasse		Wunschtermin	
PLZ / Ort		Abholtermin	
		Kostenvoranschlag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Beanstandung / festgestellte Mängel

Welche Arbeiten sind aus Ihrer Sicht erforderlich?

	Kopfstütze	<input type="checkbox"/> Bezug ers.
	Rückenlehne	<input type="checkbox"/> Bezug ers. <input type="checkbox"/> Polster ers. <input type="checkbox"/> Spiel
	Rückenheizung	<input type="checkbox"/> defekt
	Rollgurte	<input type="checkbox"/> defekt
	Gurtschloss	<input type="checkbox"/> defekt
	Lendenwirbelschalter	<input type="checkbox"/> Luftverlust <input type="checkbox"/> defekt
	Bedienteile	<input type="checkbox"/> einstellen <input type="checkbox"/> defekt
	Sitzplatte	<input type="checkbox"/> Bezug ers. <input type="checkbox"/> Polster ers. <input type="checkbox"/> Spiel
	Sitzheizung	<input type="checkbox"/> defekt
	Dämpfer	<input type="checkbox"/> Spiel <input type="checkbox"/> defekt
	Armlehne	<input type="checkbox"/> links defekt <input type="checkbox"/> rechts defekt
	Längsverstellung	<input type="checkbox"/> defekt
	Höhenverstellung	<input type="checkbox"/> defekt
	Drehadapter	<input type="checkbox"/> Spiel <input type="checkbox"/> defekt

Datum		Unterschrift	
--------------	--	---------------------	--