Abholauftrag zur Überprüfung von Absturzsicherung

Hoffmann Group

Bitte Prüfbuch/Dokumentation beilegen wenn vorhanden!

Datum	**Kunden-Nr. – bitte angeben**

HÖHENPASS GmbH
im Auftrag der Hoffmann Group

Dieter-Trennheuser-Straße 7
D - 56170 Bendorf

Auftraggeber/Ansprechpartner (für Rückfragen):

Firma /Abteilung

Straße

Postleitzahl, Ort

Tel. eMail

Ansprechpartner Vorname

Abweichende Versandanschrift:

Firma / Abteilung

Straße

Postleitzahl, Ort

Datenschutzhinweis: Im Rahmen dieses Formulars erheben und verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten. Informationen dazu wie wir Ihre Daten verarbeiten und welche Rechte Sie als Betroffener haben, finden Sie in unserer Datenschutzerklärung auf unserer Webseite unter: http://ho7.eu/dataprotection

Auftrag für die Überprüfung/Reparatur von PSAgA

☐ **Überprüfung** ☐ **Reparatur**

Bitte kreuzen Sie entsprechenden Auftragswunsch an.

Menge	Gewicht	Serien Nr.	Bezeichnung der Bestanteile der Absturzsicherung Bitte führen Sie alle Bestandteile einzeln auf!	Dokumentation liegt bei J/N

Gerne beschleunigen wir die Abwicklung für Sie, in dem Sie uns den maximalen Betrag für den Fall des Austausches bzw. der Reparatur Ihrer Absturzsicherung mitteilen. Beim Festlegen des Betrages hilft Ihnen unser PSA Fachvertrieb gerne.

☐ **Maximaler Reparaturbetrag €** ..... netto (darüber hinaus Kostenvoranschlag)

Ort, Datum: Unterschrift: