

Formular bitte ausfüllen und absenden. Wir werden uns zeitnah mit Ihnen in Verbindung setzen.

# CHECKLISTE GERÄTELIEFERUNG E-MAIL

service@alpha-med-care.de



Ulrichstr. 11a + 92278 Illschwang  
 Telefon: +49 96 66 188 95 -0 + Telefax: +49 96 66 188 95 -17  
 Web: [www.am-care.de](http://www.am-care.de) + E-Mail: [service@alpha-med-care.de](mailto:service@alpha-med-care.de)

Kundendaten	
ANSPRECHPARTNER VOR ORT:	<input type="text"/>
Name/Firma/Kundennummer:	<input type="text"/>
Straße/Hausnummer:	<input type="text"/>
Postleitzahl/Ort:	<input type="text"/>
Telefon/Handy für Rückfragen:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>
Datum:	<input type="text"/>

Fußböden (Beschaffenheit, Material)	<input type="text"/>
Anzahl & Breite der Türen auf den gesamtem Weg	<input type="text"/>

AUFZUG		TREPPE	
Zugang zu Aufzug	<input type="checkbox"/> Ebenerdig <input type="checkbox"/> 1 Stufe	Stockwerk?	<input type="text"/>
Aufzugtüre Maße Höhe x Breite	<input type="text"/>	Treppenbreite	<input type="text"/>
Aufzugtiefe Maße innen Höhe x Breite x Länge	<input type="text"/>	Übers Eck?	<input type="text"/>
Ausstieg im Stockwerk Weiterer Verlauf	<input type="checkbox"/> Ebenerdig <input type="checkbox"/> 1 Stufe	Stufenanzahl	<input type="text"/>
		Zugang Treppe	<input type="checkbox"/> Ebenerdig <input type="checkbox"/> Stufe(n)
		Nach den Stufen, weiterer Verlauf	<input type="checkbox"/> Ebenerdig <input type="checkbox"/> Stufe(n)
		Geländer abnehmbar?	<input type="text"/>

Zum Zeichen Ihres Einverständnisses bitten wir um Unterzeichnung des Auftrags und möglichst umgehende Rücksendung an uns.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_