



SCHADENMELDUNG

Fax an: +4161 361 76 05
Oder benutzen Sie das Formular auf
unserer Website www.lprs.ch

Firma: _____
Name: _____
Adresse: _____
Ort: _____
Email: _____
Telefon: _____
Fax: _____

BESCHRIEB SCHADEN:

KUNDE:
Name: _____
Adresse: _____
Ort: _____
Email: _____
Telefon G: _____
Telefon P: _____

Bemerkungen:

Die Reparatur wird so schnell wie möglich
ausgeführt und der Bericht mit Rechnung an
folgende Adresse gesendet:

Garantie: JA
 Kulanz
 Nein
 Möbelhaus

Lieferung: Kunde

Datum Auftragseingang: _____

Datum Besuch: _____

Abnahme/OK Kunde: _____

Visum Kunde: _____