

FAXANTWORT

Fax: 02307 / 91391-11

Firmenname: _____

Straße + Hausnummer: _____

PLZ + Ort: _____

Ansprechpartner: _____

Telefon: _____

Telefax: _____

Email: _____

Bitte erstellen sie uns ein Angebot für eine Sichtprüfung nach DIN EN 15635

- | | |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Palettenregalanlage | <input type="checkbox"/> Fachbodenregalanlage |
| <input type="checkbox"/> Pickingregalanlage | <input type="checkbox"/> Mehrgeschoßregalanlage |
| <input type="checkbox"/> Kragarmregalanlage | <input type="checkbox"/> Einfahrregalanlage |
| <input type="checkbox"/> Duchlaufregalanlage | <input type="checkbox"/> Lagerbühnen |
| <input type="checkbox"/> Hochregalanlage mit RBG | <input type="checkbox"/> Hochregalanlage (Schmalgang) |

AB-Nummer: _____

Hersteller: _____

Baujahr der Regalanlage: _____

Stellplätze / Kapazität _____

Hinweis: Bei Fremdfabrikaten übernehmen wir gerne die Prüfung und beraten Sie über notwendige Maßnahmen, können aber keine Gewährleistung für die Sicherheit dieser Anlagen übernehmen.

Bitte setzen Sie sich bzgl. eines Ortstermins mit uns in Verbindung

Terminvorschlag: _____