

Bestellung von APS-Unterfahrschutz

von: _____ von: _____

Kunde / Rechnungsadresse:

Montage- Lieferort:

PLZ _____ Ort _____

PLZ _____ Ort _____

Zuständig: _____

Zuständig: _____

Tel. _____

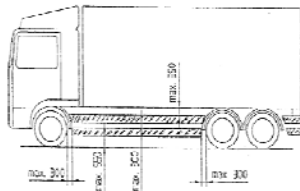
Tel. _____

Fax. _____

Kom. Nr. _____

Bemerkungen _____

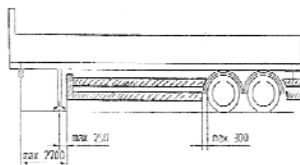
Fahrzeug Marke/Typ _____



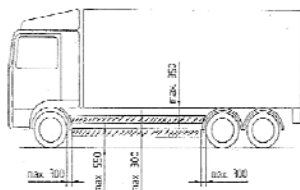
Typ: ZV

Aufklappen
Gasfeder

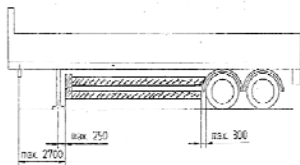
Abklappen
Gusshalter



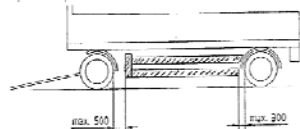
Typ: AV



Typ: Z



Typ: A



Typ: AH

Montage

KW

Intern

Deliefert am: _____

Montiert am: _____

Termin

KW

RG-NR.: _____