

## Datenblatt Aufmaß

(zur Weiterleitung an Liftunion Partner) / auch von Kunden ausfüllbar

### Auftraggeber/Sanitätshaus:

Kd.-Nr.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-mail Adresse: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

### Aufmaßort

Name Endkunde: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner vor Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Patientendetails: \_\_\_\_\_

(z.B. E-Rollstuhl, Selbstfahrer)

79,50€ Aufmaßpauschale

Auftraggeber ist über die Aufmaßkosten aufgeklärt: Ja:  Nein:  79,50€ je angefangene 150km Anfahrt/Abfahrt

Terminwunsch (seitens Kunden): \_\_\_\_\_

Bitte Sanitätshaus bzgl. Termin zum Aufmaß kontaktieren

Bitte Endkunde bzgl. Termin zum Aufmaß kontaktieren

### Bereits vorliegende Details zum Aufmaß (Umgebung)

Grobskizze (Anhang)

Fotos (Anhang)

### Rückfragen Mitarbeiter Etac

Name: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Bemerkungen:

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Kunde: \_\_\_\_\_