

interner Vermerk

Kunde

Rechnungsnummer



AUFTRAG SCHEIBENAUSTAUSCH

TEL. 0 84 54 /912 52 25

Fax. 0 84 54 / 912 52 24

Auftraggeber

_____ Vorname		_____ Name	
_____ PLZ		_____ Ort	
_____ Straße / Nr.			
_____ Telefonnummer		_____ E-Mail-Adresse	

KFZ-Angaben

_____ Marke		_____ Modell	
_____ Zul.-Datum		_____ Kennzeichen	
_____ Schlüsselnummer zu 2 (2.1)		_____ Schlüsselnummer zu 3 (2.2)	
_____ Fahrgestellnummer			

Versicherungsgesellschaft/ Versicherungs.

_____ Name der Gesellschaft		_____ ggf. Ort	
_____ Nr. des Versicherungsscheins			
Versicherungsnehmer (wenn nicht Auftraggeber)			
<input type="checkbox"/> TK ohne SB	<input type="checkbox"/> TK mit 150 € SB		
<input type="checkbox"/> TK mit SB _____ €	<input type="checkbox"/> nur Haftpflicht / Selbstzahler		
<input type="checkbox"/> + Werkstattbindung 15 % / 150 € / _____			
_____ Telefonnummer		vorsteuerabzugsberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Scheibendaten

Auftrag für <input type="checkbox"/> Frontscheibe <input type="checkbox"/> Heckscheibe <input type="checkbox"/> Seitenscheibe _____			
Daten der eingebauten Scheibe:			
Tönung <input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> grün <input type="checkbox"/> blau <input type="checkbox"/> sonstiges _____			
Regensensor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Lichtsensor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
beheizbar <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Besonderheiten <input type="checkbox"/> GPS <input type="checkbox"/> Antenne <input type="checkbox"/> Akkustik <input type="checkbox"/> Spurw. <input type="checkbox"/> Headupdisplay			
Abweichender Wunsch für neue Scheibe			
Frontscheiben-Keil/Farbe		<input type="checkbox"/> grün <input type="checkbox"/> blau <input type="checkbox"/> grau <input type="checkbox"/> ohne	
alternativ, falls nicht verfügbar		<input type="checkbox"/> grün <input type="checkbox"/> blau <input type="checkbox"/> grau <input type="checkbox"/> ohne	
<input type="checkbox"/> Sunprotect / Solar (Aufpreis bezahlt Auftraggeber)			

Bezahlung Teilkasko-SB / Vereinbarung

zu bezahlende Summe _____ €
<input type="checkbox"/> bar bei Montage
<input type="checkbox"/> per Überweisung nach Montage

Bemerkungen

_____ _____ _____

Terminwunsch

<input type="checkbox"/> Montag	<input type="checkbox"/> Dienstag	<input type="checkbox"/> Mittwoch	<input type="checkbox"/> vormittags	<input type="checkbox"/> nachmittags
<input type="checkbox"/> Donnerstag	<input type="checkbox"/> Freitag	<input type="checkbox"/> Samstag	<input type="checkbox"/> abends	
Ort: <input type="checkbox"/> obige angegebene Adresse <input type="checkbox"/> andere				
_____ Geschäftsbezeichnung / Firmenname / Klingelbeschr.				
_____ PLZ		_____ Ort		
_____ Straße			_____ Nr.	

Auftragserteilung & Auftragsannahme Neuverglasung

Hiermit beauftrage ich als Versicherungsnehmer bzw. im Auftrag des Versicherungsnehmers die Firma Autoglaserei ECHTER (Unterer Kanal 24 A, 86668 Karlsruhl) mit der Schadensbehebung meines o.g. Glasschadens durch Austausch / Erneuerung der angegebenen Scheibe.			
Der Scheibenaustausch erfolgt zu einem nach telefonischer Absprache vereinbarten Termin und Ort. Die Firma Autoglaserei ECHTER wird hierzu mit mir Kontakt aufnehmen. Es gelten die Allgemeinen Geschäftsverbindungen (AGB's), welche auf unserer Internetseite nachzulesen sind (www.josef-echter.de). Diese habe ich zur Kenntnis genommen. Mir ist bekannt, dass der Auftrag gemäß den Versicherungsbedingungen meiner Versicherungsgesellschaft zu diesen Preisvereinbarungen abgerechnet wird, oder bei fehlendem Versicherungsschutz mir selbst berechnet wird. Eine Prüfung meiner indiv. versicherungsvertraglichen Berechtigung zur Neuverglasung kann durch die Autoglaserei ECHTER nicht erfolgen und obliegt letztlich der Versicherung bzw. Sachverständigen.			
_____ Ort	_____ Datum	_____ Unterschrift des Auftraggebers	_____ Unterschrift des Mitarbeiters der Autoglaserei ECHTER