



Transport-Bestellung

Auftraggeber:

Name / Vorname	_____	Geburtsdatum	_____
Abteilung / Zimmer	_____		
Strasse	_____	Telefon	_____
PLZ	_____	Ort	_____
Kontaktperson	_____		
Speziell beachten	_____		
Rollstuhl	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN	➔ Elektro-Rollstuhl	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN
Rollator	<input type="radio"/> JA <input type="radio"/> NEIN		

Transporttermin

<input type="radio"/> Einzelfahrt <input type="radio"/> Regelmässig	MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO
	<input type="checkbox"/>						
Transportdatum	_____	Abholzeit	_____	Ankunft	_____		
Fahrziel	_____						
Zusatz	_____						
Strasse	_____	Telefon	_____				
PLZ	_____	Ort	_____				
Kontaktperson	_____						
Rückfahrt-Datum	_____	Abholzeit	_____				

Rechnungsadresse	_____		
Zusatz	_____		
Strasse / Nr.	_____		
PLZ	_____	Ort	_____

Tel.: 061/426 98 00
FAX: 061/426 98 05

Tel.: 061/426 98 00
FAX: 061/426 98 05