

Preis Anfrage STS LSD 10

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Mail: _____

Handy: _____

Telefax: _____

Bitte kreuzen Sie die gewünschte Ausführung an oder tragen die entsprechenden Informationen in die vorgesehenen Zeilen ein.

Schiebesystem

LSD 10

vor der Wand

Ausführung

1flügelig

2flügelig

Mauerwerks-Situation

verputzt

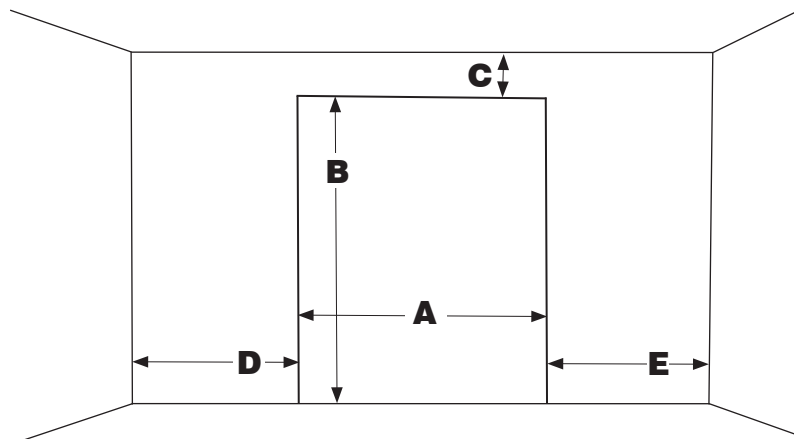
mit Zarge

Glastür-Modell o. Glasart (z.B. Klarglas o. Curves I) _____

Typ der Griffmuscheln oder Griffstange / Oberfläche _____

Sonstiges/Bemerkungen: _____

Maßangaben:



Vermaßung der Öffnungsmaße

A Mauerlichte Breite _____mm

B Mauerlichte Höhe _____mm

C Sturzhöhe _____mm

D Wandabstand links _____mm

E Wandabstand rechts _____mm