

Sie können das Formular auch am Computer ausfüllen, anschließend speichern und versenden oder auch ausdrucken.

Fax 0 80 31 / 231 76 59

Preis Anfrage SCHIEBESYSTEM LOFT LSD 3

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 3 vor der Wand

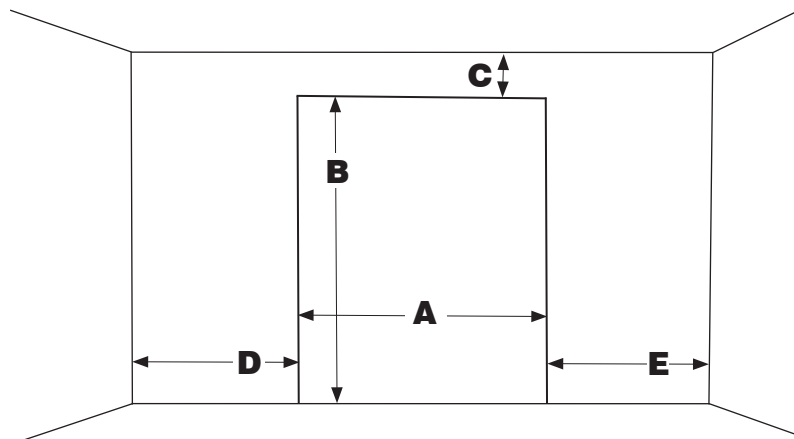
Ausführung 1flügelig 2flügelig

Mauerwerks-Situation verputzt mit Zarge

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

Typ der Griffmuscheln oder Griffstange / Oberfläche _____

Sonstiges/Bemerkungen: _____



Vermaßung der Öffnungsmaße

A Mauerlichte Breite _____mm
B Mauerlichte Höhe _____mm
C Sturzhöhe _____mm
D Wandabstand links _____mm
E Wandabstand rechts _____mm