

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

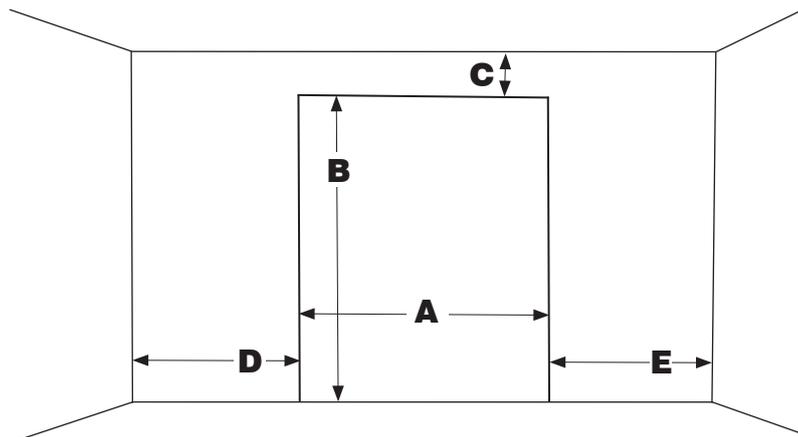
Ausführung  1flügelig  2flügelig

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