

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

Fax 0 80 31 / 231 76 59

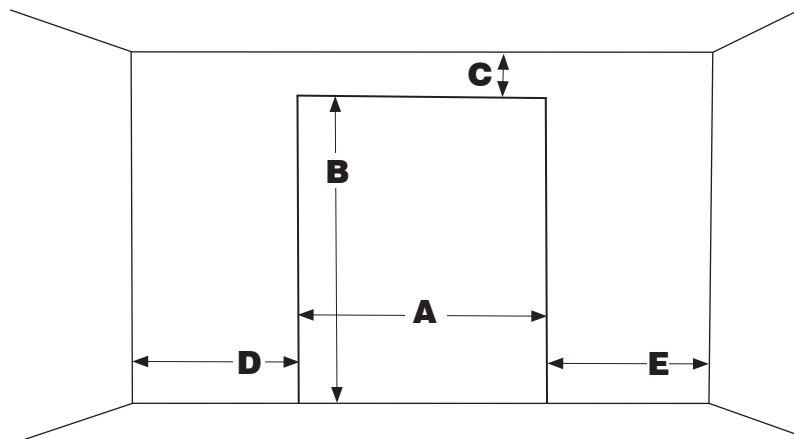
Preis Anfrage Schiebesystem Loft LSD 4

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 Edelstahl-Look Chrom glanz
Ausführung 1flügelig 2flügelig
Mauerwerks-Situation verputzt m. Zarge ___mm tief
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