

**Reparatur / Änderungsauftrag**

**Datum:**

**Auftraggeber**

**Straße**

**PLZ / Wohnort**

**Tel.:**

**E-Mail:**

**Artikel:**

**Durchzuführende Arbeiten:**

**Kostenvoranschlag gewünscht**

JA     Nein



**Chassisnummer:**

**System:**

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Techair Race-e | <input type="checkbox"/> Routine Service (120,-euro)                   | <input type="checkbox"/> TA5 (340,-euro)<br>Bladder+Inflators              | <input type="checkbox"/> TA10(399,-euro)<br>Bladder+Inflators |
| <input type="checkbox"/> Techair 5      | <input type="checkbox"/> Airbag Revision Techair Race-e(330,-euro)     |  |   |
| <input type="checkbox"/> Techair 7      | <input type="checkbox"/> Inflator neu Techair 5/Techair 10 (190,-euro) |  |   |
| <input type="checkbox"/> Techair10      | <input type="checkbox"/> 2*Inflator neu Techair 7x (199,-euro)         | <input type="checkbox"/> TA7x FULL-Service(380,-euro)<br>Bladder+Inflators |   |

**Gewünschter Liefertermin:**

(bitte habe Verständnis, das wir Saisonbedingt keine Termingarantie geben können!)

<b>Sonstige Anmerkungen:</b>	Unterschrift Auftraggeber  X
------------------------------	------------------------------------