



Technik, die begeistert - Schutz, der begeistert!



Ihr Firmenstempel

Service-Partnervertrag

Leasingpartner:

Normalkauf:

Leasingnr.:

Rechnungsnr.:

Bank:

Kaufdatum:

Kundendaten

Name:

Tel.:

Anschrift:

Email:

Servicegegenstand

	Gerätetyp	Seriennr.	Laufzeit (Jahre)	Betrag (€, brutto)
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Überspannungsversicherung

Name: Policennummer:

Abschlussdatum:

Ort, Datum

Unterschrift (Kunde)

Ort, Datum

Unterschrift (Händler*)

Ort, Datum

Richard Stein

Unterschrift (WTS GmbH)

* Wenn vorhanden

