

Absender:

Datum: _____

Ansprechpartner: _____

Telefon: _____

Per Fax: 0 23 87 / 90 08 48

IDP Trocknungstechnik GmbH
Dorfbauerschaft 6
48317 Drensteinfurt-Walstedde

IDP-Vermerk
Kd.-Nr.:
Bearbeiter:

Auftrag zur: **Feuchtemessung** **Trocknung**

Versicherung:	Versicherungs-Nr.:
	Schaden-Nr.:
Regulierer - Name / Telefon:	

	Auftraggeber bzw. Versicherungsnehmer	ggf. abweichende(r) Einsatzort(e)
Name, Vorname / Fa.:		
Straße Hausnummer:		
PLZ Ort:		
Telefon:		
Mobiltelefon:		
E-Mail:		

<u>Datum des Schadens</u>	<u>Schadenart</u> <input type="checkbox"/> LW / <input type="checkbox"/> AW / <input type="checkbox"/> Elem. / <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> EFH / <input type="checkbox"/> MFH	<u>Etage(n)</u>	<u>Aufzug</u> <input type="checkbox"/> Ja / <input type="checkbox"/> Nein
---------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------	-----------------	------------------------------------------------------------------------------

Betroffene Räume: Art des Oberbodens / ca. Fläche (qm)	
Diele:	Wohnzimmer:
Bad:	Schlafzimmer:
WC:	Kinderzimmer:
Küche:	Sonstige:

kurze Schadenbeschreibung:
Installateur - Name / Tel.:

ggf. abweichende Rechnungsanschrift: _____

Unterschrift / Firmenstempel