

Anfrage für Reparatur-Toranlagen

Datum:

Ihre Adresse:

Vorname, Nachname / Firma:

Straße / Hausnummer:

Postleitzahl / Ort:

E-Mail Adresse: @

Telefonnummer:
(bei Rückfragen bitte angeben)

Liegenschaft:

Straße / Hausnummer:

Postleitzahl / Ort:

Kontaktperson:

Telefonnummer:
(Kontaktperson)

Art der Funktionsstörung:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Keine elektrische Funktion | <input type="checkbox"/> Steht offen/schließt nicht | <input type="checkbox"/> Laufgeräusche |
| <input type="checkbox"/> Ist geschlossen/öffnet nicht | <input type="checkbox"/> Kontaktleiste ohne Funktion | <input type="checkbox"/> Unfallschaden |
| <input type="checkbox"/> Lichtschranke ist defekt | <input type="checkbox"/> Schlüsselschalter/Taster defekt | <input type="checkbox"/> Deckenzugschalter ist defekt |
| <input type="checkbox"/> Lamellen/Sektionen sind defekt | <input type="checkbox"/> Steuerung zeigt Fehler an | <input type="checkbox"/> Fahrt nach Zulauf wieder in Auf-Richtung |

Wann soll die Reparatur durchgeführt werden?

Tortyp: Hersteller: Baujahr:

Dringend Kurzfristig 2-3 Tage bei der nächsten Wartung einplanen Bitte Wartungsvertrag anbieten

[Direkt zum Wartungsvertrag](#)

Zusätzliche Informationen: