

## 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: