

Anlage zur Umzugsgutliste

Name: _____

Vorname _____

Telefon privat: _____

Telefon dienstl.: _____

Umzug von: PLZ: _____

Ort: _____

Strasse: _____

Etage: _____

Fahrstuhl ja nein

Umzug nach: PLZ: _____

Ort: _____

Strasse: _____

Etage: _____

Fahrstuhl ja nein

Sollen De.- oder Montagearbeiten durchgeführt werden? ja nein

Wen ja, was soll de- und montiert werden? _____

Packen sie Ihr Umzugsgut selbst ein und aus? ja nein

Wollen sie nur ihr Glass und Porzellan ein- und auspacken lassen? ja nein

Sind Fremdleistungen (Elektriker, Tischler, Sanitärinstalateur) erforderlich? ja nein

Wen ja, geben Sie bitte den genauen Umfang an.: _____

Wird Verpackungsmaterial benötigt? Umzugskarton ja nein Anzahl: _____

Kleiderkarton ja nein Anzahl: _____

Air-cup Folie ja nein Anzahl: _____

Seidenpapier ja nein Kilo: _____

Welche Art der Haftung wünschen sie?

Grundhaftung (je cbm 600 Euro)

Haftung nach deklariertem Wert gewünschte Höhe: _____

Transportversicherung gewünschte Höhe: _____

Gewünschter Umzugstermin: _____

Weitere Bemerkungen: _____

Datum

Unterschrift des Kunden