



2SAIL e.U.

Traubenweg 33/1

2542 Kottingbrunn

AUSTRIA

Bitte fülle das Formular möglichst vollständig aus. Wichtig ist Telefonnummer oder Emailadresse sollten wir Rückfragen zu Deiner Weste haben. Bitte pro Weste ein Blatt ausfüllen.

Bitte ankreuzen: **Wartungsauftrag** **Reparaturauftrag** **Sonstiges**

Name:

Adresse:

PLZ: **Ort:**

Tel: **@:**

Hersteller der Rettungsweste:

Typ/Modell: **Seriennummer:**

Bemerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift