

**IVB**

BEHINDERTENTRANSPORT



Transport-Bestellung

Auftraggeber:

Geburtsdatum

Name / Vorname _____

Abteilung / Zimmer _____

Strasse _____

Telefon _____

PLZ _____

Ort _____

Kontaktperson _____

Speziell beachten _____

Rollstuhl

 JA NEIN

Elektro-Rollstuhl

 JA NEIN

Rollator

 JA NEIN

Transporttermin

-
- Einzelfahrt
-
-
- Regelmässig

MO	DI	MI	DO	FR	SA	SO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Transportdatum _____

Abholzeit _____

Ankunft _____

Fahrziel _____

Zusatz _____

Strasse _____

Telefon _____

PLZ _____

Ort _____

Kontaktperson _____

Rückfahrt-Datum _____

Abholzeit _____

Rechnungsadresse _____

Zusatz _____

Strasse / Nr. _____

PLZ _____

Ort _____

Tel.: 061/426 98 00
FAX: 061/426 98 05

Tel.: 061/426 98 00
FAX: 061/426 98 05