

**IVB**

BEHINDERTENTRANSPORT

Anfrage / Bestellung**Regelmässige Transporte****Auftraggeber:**

Geburtsdatum

Name / Vorname _____

Zusatz _____

Strasse _____

Telefon / Fax _____

PLZ _____

Ort _____

Kontaktperson _____

Speziell beachten _____

Rollstuhl

 JA NEIN

Elektro-Rollstuhl

 JA NEIN

Rollator

 JA NEIN**Transporttermin**gewünschte
Abholzeit

Hinfahrt

Abholzeit

Rückfahrt

Transport ab Datum _____

Zielort _____

Abteilung _____

Strasse _____

PLZ _____

Ort _____

Kontaktperson
am Zielort

Telefon _____

Rechnungsadresse _____

Zusatz _____

Strasse / Nr. _____

PLZ _____

Ort _____