

Lfd. Nr.	Art / Nutzung der Maschine	Fabrikat / Typ	Baujahr	Standort / Bereich gem. Fragebogen	Stationäre Löschanlage	Versicherungssumme	Neuwert / Zeitw.	gewünschter Umfang*
1							<input type="checkbox"/> Neuw. <input type="checkbox"/> Zeitw.	<input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> ED / <input type="checkbox"/> LW / <input type="checkbox"/> ST / <input type="checkbox"/> EL
2							<input type="checkbox"/> Neuw. <input type="checkbox"/> Zeitw.	<input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> ED / <input type="checkbox"/> LW / <input type="checkbox"/> ST / <input type="checkbox"/> EL
3							<input type="checkbox"/> Neuw. <input type="checkbox"/> Zeitw.	<input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> ED / <input type="checkbox"/> LW / <input type="checkbox"/> ST / <input type="checkbox"/> EL
4							<input type="checkbox"/> Neuw. <input type="checkbox"/> Zeitw.	<input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> ED / <input type="checkbox"/> LW / <input type="checkbox"/> ST / <input type="checkbox"/> EL
5							<input type="checkbox"/> Neuw. <input type="checkbox"/> Zeitw.	<input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> ED / <input type="checkbox"/> LW / <input type="checkbox"/> ST / <input type="checkbox"/> EL
6							<input type="checkbox"/> Neuw. <input type="checkbox"/> Zeitw.	<input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> ED / <input type="checkbox"/> LW / <input type="checkbox"/> ST / <input type="checkbox"/> EL
7							<input type="checkbox"/> Neuw. <input type="checkbox"/> Zeitw.	<input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> ED / <input type="checkbox"/> LW / <input type="checkbox"/> ST / <input type="checkbox"/> EL
8							<input type="checkbox"/> Neuw. <input type="checkbox"/> Zeitw.	<input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> ED / <input type="checkbox"/> LW / <input type="checkbox"/> ST / <input type="checkbox"/> EL
9							<input type="checkbox"/> Neuw. <input type="checkbox"/> Zeitw.	<input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> ED / <input type="checkbox"/> LW / <input type="checkbox"/> ST / <input type="checkbox"/> EL
10							<input type="checkbox"/> Neuw. <input type="checkbox"/> Zeitw.	<input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> ED / <input type="checkbox"/> LW / <input type="checkbox"/> ST / <input type="checkbox"/> EL
11							<input type="checkbox"/> Neuw. <input type="checkbox"/> Zeitw.	<input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> ED / <input type="checkbox"/> LW / <input type="checkbox"/> ST / <input type="checkbox"/> EL
12							<input type="checkbox"/> Neuw. <input type="checkbox"/> Zeitw.	<input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> ED / <input type="checkbox"/> LW / <input type="checkbox"/> ST / <input type="checkbox"/> EL
13							<input type="checkbox"/> Neuw. <input type="checkbox"/> Zeitw.	<input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> ED / <input type="checkbox"/> LW / <input type="checkbox"/> ST / <input type="checkbox"/> EL
14							<input type="checkbox"/> Neuw. <input type="checkbox"/> Zeitw.	<input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> ED / <input type="checkbox"/> LW / <input type="checkbox"/> ST / <input type="checkbox"/> EL
15							<input type="checkbox"/> Neuw. <input type="checkbox"/> Zeitw.	<input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> ED / <input type="checkbox"/> LW / <input type="checkbox"/> ST / <input type="checkbox"/> EL

Lfd. Nr.	Art / Nutzung der Maschine	Fabrikat / Typ	Baujahr	Standort / Bereich gem. Fragebogen	Stationäre Löschanlage	Versicherungssumme	Neuwert / Zeitw.	gewünschter Umfang*
16							<input type="checkbox"/> Neuw. <input type="checkbox"/> Zeitw.	<input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> ED / <input type="checkbox"/> LW / <input type="checkbox"/> ST / <input type="checkbox"/> EL
17							<input type="checkbox"/> Neuw. <input type="checkbox"/> Zeitw.	<input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> ED / <input type="checkbox"/> LW / <input type="checkbox"/> ST / <input type="checkbox"/> EL
18							<input type="checkbox"/> Neuw. <input type="checkbox"/> Zeitw.	<input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> ED / <input type="checkbox"/> LW / <input type="checkbox"/> ST / <input type="checkbox"/> EL
19							<input type="checkbox"/> Neuw. <input type="checkbox"/> Zeitw.	<input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> ED / <input type="checkbox"/> LW / <input type="checkbox"/> ST / <input type="checkbox"/> EL
20							<input type="checkbox"/> Neuw. <input type="checkbox"/> Zeitw.	<input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> ED / <input type="checkbox"/> LW / <input type="checkbox"/> ST / <input type="checkbox"/> EL
21							<input type="checkbox"/> Neuw. <input type="checkbox"/> Zeitw.	<input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> ED / <input type="checkbox"/> LW / <input type="checkbox"/> ST / <input type="checkbox"/> EL
22							<input type="checkbox"/> Neuw. <input type="checkbox"/> Zeitw.	<input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> ED / <input type="checkbox"/> LW / <input type="checkbox"/> ST / <input type="checkbox"/> EL
23							<input type="checkbox"/> Neuw. <input type="checkbox"/> Zeitw.	<input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> ED / <input type="checkbox"/> LW / <input type="checkbox"/> ST / <input type="checkbox"/> EL
24							<input type="checkbox"/> Neuw. <input type="checkbox"/> Zeitw.	<input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> ED / <input type="checkbox"/> LW / <input type="checkbox"/> ST / <input type="checkbox"/> EL
25							<input type="checkbox"/> Neuw. <input type="checkbox"/> Zeitw.	<input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> ED / <input type="checkbox"/> LW / <input type="checkbox"/> ST / <input type="checkbox"/> EL
26							<input type="checkbox"/> Neuw. <input type="checkbox"/> Zeitw.	<input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> ED / <input type="checkbox"/> LW / <input type="checkbox"/> ST / <input type="checkbox"/> EL
27							<input type="checkbox"/> Neuw. <input type="checkbox"/> Zeitw.	<input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> ED / <input type="checkbox"/> LW / <input type="checkbox"/> ST / <input type="checkbox"/> EL
28							<input type="checkbox"/> Neuw. <input type="checkbox"/> Zeitw.	<input type="checkbox"/> F / <input type="checkbox"/> ED / <input type="checkbox"/> LW / <input type="checkbox"/> ST / <input type="checkbox"/> EL

Datum / Stempel / eigenhändige Unterschrift des Geschäftsführers o. Inhabers: _____