

Serviceblatt für die Road Account Box

Mautservice: TIS PL, VIA-T, Liefkenshoektunnel

info@roadaccount.com | Fax +49 (0) 6102 204-816



Road Account Vertragsnummer (Wird von AirPlus ausgefüllt):

Kundenangaben (Abweichende Lieferadresse bitte mitteilen!)

Firma: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Land: _____

Ansprechpartner: _____

Rückgaben

Nummer der Road Account Box (Nur bei Rückgabe - beginnend mit 967043)	Kfz-Kennzeichen (sofern vorhanden)	Grund der Rückgabe	Austauschgerät gewünscht?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Defekt <input type="radio"/> Sonstiges <input type="radio"/> kein Bedarf	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Defekt <input type="radio"/> Sonstiges <input type="radio"/> kein Bedarf	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Defekt <input type="radio"/> Sonstiges <input type="radio"/> kein Bedarf	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Defekt <input type="radio"/> Sonstiges <input type="radio"/> kein Bedarf	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Defekt <input type="radio"/> Sonstiges <input type="radio"/> kein Bedarf	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Bei Rückgaben von mehr als 5 Geräten fügen Sie bitte eine Anlage analog der Tabelle bei!

Angaben zum Grund "Sonstiges":

Rückgabeadresse:

DKV Mobility Services Center GmbH + Co. KG
Mautboxen Frankreich
Balcke-Dürr Allee 3
40882 Ratingen
GERMANY

Sperre, Verlust, Diebstahl

Für das Fahrzeugkennzeichen (sofern vorhanden): _____

Nummer der Road Account Box (siehe Etikett, beginnend mit 967043): _____

Verlustdatum: _____

Verlustort/-land: _____

Verlustumstände: Verloren Gestohlen

Ersatzgerät gewünscht: Ja Nein

Die Richtlinien zur Nutzung der Road Account Box sind uns bekannt, wir erkennen deren Geltung an.

Datum

Name(n) der/des Unterzeichner(s) bitte in Druckbuchstaben

Rechtsverbindliche Unterschrift der/des Antragsteller(s)