

Antwort senden an:

netzwerkmanagement@roland-assistance.de oder Fax: 0221 / 8277 3084

Telefonische Rückfragen:

Horst Gölden 0221 / 8277 3377

Profil: Schädlingsbekämpfer

Angaben zum Betrieb			
Firmenname:			
Unternehmensform: (GmbH,KG,)			
Straße, Hausnr.:			
PLZ, Ort:			
Telefon:			
Fax:			
Handy:			
E-Mail:			
Homepage:			
Inhaber des Betriebs:			
Verantwortlicher Meister:			
Mitarbeiterzahl:			
	Geprüfte Schädlings- Facharbeiter: Sonstige: bekämpfer		
	Gibt es Niederlassungen oder weitere Filialen?		
	Ja (wir werden Sie ansprechen) Nein		
Bankverbindung			
IBAN:			
BIC:			



Geschäftszeiten:	Mo Fr. : - :	+ : - : Uhr	
	Sa. : :	Uhr	
	So. + Feiertag : : -	: Uhr	
24h Notdienst/ Notdienstzeiten:	Ja Nein		
	Mo Fr.	: Uhr	
	Sa. :	: Uhr	
	So. + Feiertag : -	: Uhr	
Notdiensttelefon:			
Weitere Telefone:			
Reaktionszeit:	Rückmeldung beim Kunden und Tei	minabsprache nach Schadenmeldung	
	innerhalb von min.		
Einsatzgebiet:	km (Entfernung in gefahrene km ab Firmensitz) oder		
	min. (Entfernung in Fahrt	zeit ab Firmensitz)	
Leistungen:	Welches Leistungsspektrum könner	n Sie abbilden?	
	Führen Sie die Umsiedlung / Entfernung folgender Insektennester gemäß den Richtlinien des BNatSchG durch?		
	Bienen	Hornissen	
	Ja Nein	Ja Nein	



Betriebshaftpflicht: (bitte Nachweis beilegen)	Sach- und Vermögensschäden	Personenschäden	
Deckungssumme:	[€	
Preisliste: (Preisliste als Anlage beilegen)	Standardisierte Preise im Einsatzgeb Ja Nein	piet	
Referenzen:	Sind Sie bereits Dienstleistungspartr Wohnungsbaugesellschaften	ner: Anderer Versicherer Behörden	
Verbände:	Welchem Verband gehört Ihr Betriel BVFS DSV VFöS	b an? Sonstige	
Sonstige Angaben:			
Bitte fügen Sie folgende Unterlagen in Kopie bei:	 Handelsregistereintrag oder Gewerbeschein Preisliste Zeugnisse / Zertifikate Betriebshaftpflicht 	Falls keine Homepage vorhanden, zusätzlich:Fotos des BetriebsFotos der Fahrzeuge	
	ein wichtiges Anliegen. Deshalb handel en zum Schutz personenbezogener Da		
Ort, Datur		Unterschrift, Stempel	