

FAX - NOTRUF

0800 133 133

⇒ ICH BIN GEHÖRLOS ⇐

Mein Name:	
------------	--

Meine Fax-Nummer:	
-------------------	--

Notfall-Adresse:

Postleitzahl:	Ort:	
Strasse:		
Hausnummer:	Stiege:	Türnummer:

Ich brauche:

<input type="checkbox"/>	POLIZEI	<input type="checkbox"/>	Weil Gewalt
<input type="checkbox"/>	RETTUNG	<input type="checkbox"/>	Weil Unfall
<input type="checkbox"/>	NOTARZT	<input type="checkbox"/>	Weil schwere Krankheit
<input type="checkbox"/>	FEUERWEHR	<input type="checkbox"/>	Weil Einbruch/Überfall
<input type="checkbox"/>	ÖAMTC	<input type="checkbox"/>	Weil Panne
<input type="checkbox"/>	ARBÖ		
	MitgliedsNr:	<hr/>	
	Auto Nr:	<hr/>	
	Automarke:	<hr/>	

Was ist passiert: