
Schleifauftrag

Datum * _____

Ihre Anschrift

Name, Vorname*: _____

Anschrift*: _____

Telefon*: _____

E-Mail*: _____

Ihr Scherenmodell

Modell*: _____

Hersteller*: _____

Ihre Mitteilung an uns:

Hiermit stimme ich zu, dass meine Angaben und Daten für weitere Kontaktaufnahmen und Rückfragen elektronisch erhoben, verarbeitet und gespeichert werden.

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit per E-Mail an uns unter info@concept-steffen.de, per Fax oder postalisch widerrufen.

Ja, ich stimme zu. (Bitte ankreuzen!)

Ort, Datum*

Unterschrift*

* Bitte ausfüllen!

Versandanschrift: Haarscheren Schleifservice, Edmund Steffen, Lützowstr. 147, 42653 Solingen

Nach erfolgtem Schleifauftrag, senden wir Ihnen die Rechnung.