

Utfört av:

Organisationsnr

Bärgningsbesked
Skadeanmälan / Fakturaspec.

Förare		Bärgn.bilens reg.nr och kategori		Bilmärke, fabrikat		Fordonets reg.nr		Beställning via	
Transportdag År Mån Dag		Påbörjad kl.		Använd tid tim.		Total körsträcka km		Startposition	
Bärgning från/Skadeplats		Ort		Bärgning till		Ort		Ordernr	
Bevis om gällande försäkring uppvissad		Försäkringsbolag		Försäkringsnummer					
1 Skadeorsak	2 Fel på kraft- överföring	3 Dikeskörning/ Fastkörning	4 Kollision med annat fordon	5 Kollision, singelolycka	6 Vilt- olycka	7 Stöld	8 Brand	9 Annan	Redov-skyldig för moms
1 Hjälpen avser Bärgning/ Vinschning	2 Rep./klar på plats	3 Starthjälp	4 Lås- öppning	5 Lack/Överför. Transport	1 Taxa	2 Enhets	3 Starthjälp Låsöppning	4 Annan/ S-pris	Ja
1 Obj-grupp I	2	3	4	5	6 Obj-grupp II	7 Över 3,5 ton	8	9	10 LAST
Personbil	Lätt lastbil	Mc	Släp-/ husvagn	Annan	Buss	Lastbil	Släp	Annan	Bärgad vikt vi bärgn-tillfället
ENHETSTAXA t o m 25 km		→	Kr	Bolagets not.		Namn			
TOTALT KM-PRIS utöver 25 km		→	Kr			Utdelningsadress			
Ord. tid tim.	å-pris	Kr				Post-nr	Postadress		
	X	=					Telefon (även rikt-nr)		
Övertid tim.	å-pris	Kr				<input type="checkbox"/> Ägare	<input type="checkbox"/> Förare	<input type="checkbox"/> Annan	
	X	=				Anmärkingar			
Annan kostn.		Kr							
Specialpris		Kr							
Bolagets not.		Kr							
	SUMMA	Kr							
	MOMS	Kr							
	TOTAL	Kr							
Självrisk	Extrakörn./Moms	Summa kronor	Kvitteras, sign.	Känner polisen till händelsen?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Kunden informerad om ev extrakostnad	
Bolagets not.	Att debiteras			Vid debitering genom faktura kan särskild avgift tillkomma. Förnsenad betalning medför dröjsmålränta enligt lag. För kostnad som ej är ersättningsbar genom försäkring är jag personligen betalningsansvarig.					
	<input type="checkbox"/> Försäkringsbolag					<input type="checkbox"/> Ägare		Underskrift eller rekv-nr	
	<input type="checkbox"/> Ägare					<input type="checkbox"/> Förare			
	<input type="checkbox"/> Verkstad					<input type="checkbox"/> Annan			
Kund-nr	<input type="checkbox"/> Annan					Person-nr År Mån Dag - Nr			

OBST
TEXTA

LE 170 09.12 Rotaförm 11101