



## Europ Assistance Partner - Antragsformular

Die mit \* gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder und müssen ausgefüllt werden.

### Angaben zur Firma

Firmenname\*: .....

Straße, Hausnummer\*: .....

PLZ, Ort\*: .....

Telefon\*: .....

Fax: .....

Homepage: .....

E-Mail\*: .....

Anzahl der Mitarbeiter: .....

Filialen bzw. Niederlassungen:  ja  nein

Wenn ja, wie viele? .....

wo? .....

### Geschäftsbereich

Dienstleistung: .....

Gewerke: .....

Sonstiges: .....

### Geschäftszeiten

24-Stunden-Erreichbarkeit/

7 Tage die Woche:  ja  nein

Wenn nein, bitte Angabe der Geschäftszeiten:

Wochentage:  Mo – Fr  Sa  So  Feiertag

Uhrzeit: ..... .....

**Kontaktperson**

Vorname\*: .....

Nachname\*: .....

Telefon\*: .....

Die oben gemachten Angaben entsprechen voll und ganz den aktuellen Gegebenheiten.

---

Datum, Unterschrift