



1 Reklamation Toll Collect-Rechnung

2 Bitte füllen Sie dieses Formular mit dem Computer vollständig aus. Wenn Ihnen kein Computer zur Verfügung steht, verwenden Sie bitte eine Schreibmaschine oder schreiben Sie gut leserlich in Druckbuchstaben. Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an. Pflichtfelder sind mit * gekennzeichnet.

3 Benutzerdaten

4 Benutzernummer *

5 Firmenbezeichnung, Rechtsform gemäß Handelsregistereintrag *

6 Straße, Nr. *

7 PLZ * 8 Ort *

9 Land *

10 Ansprechpartner * (Name, Vorname)

11 Telefon * (bitte Vorwahl bzw. Landesvorwahl angeben)

29 Fax * (bitte Vorwahl bzw. Landesvorwahl angeben)

12 Angaben zur Toll Collect-Rechnung

14 Rechnungs-Nr. *

15 Positions-Nr./Bezeichnung	19 Grund der Reklamation				
	16 Fahrzeug verkauft	17 Doppelt bezahlt	18 Verrechnung mit Mautkonto	20 Betrag	21 Sonstige Gründe
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

22 Bemerkungen

23 Anlagen

1. 2.

3. 4.

24 Ich versichere, dass alle Angaben vollständig und korrekt sind.
Die Toll Collect GmbH wird Ihre Daten für Zwecke der Reklamationsbearbeitung speichern, verarbeiten und nutzen.

25 Ort, Datum *

26 Unterschrift und ggf. Firmenstempel *

27 Bitte schicken Sie das Formular mit rechtsgültiger Unterschrift und Firmenstempel an folgende Adresse:
Toll Collect GmbH, Customer Service, Postfach 11 03 29, 10833 Berlin, Deutschland

28 * Pflichtfeld

Im Auftrag des



Bundesamt
für Güterverkehr