

## Kontaktformular

**Winand Koch**  
**Bismarckstr. 16**  
**35260 Stadtallendorf**

**Telefon:** +49 (6428) 108 4  
**Telefax:** +49 (6428) 402 47  
**E-Mail:** info[at]koch-wiegand.de  
**Web:** www.koch-wiegand.de  
**Sie erreichen uns:** Mo - Fr 8.00-18.00h

### Ihre persönlichen Angaben

**Name:** \_\_\_\_\_  
**Straße:** \_\_\_\_\_  
**PLZ, Ort:** \_\_\_\_\_  
**Telefon:** \_\_\_\_\_  
**Mobil:** \_\_\_\_\_  
**Fax:** \_\_\_\_\_  
**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Besteht eine Rechtschutzversicherung:**  ja  nein  
**Versicherung:** \_\_\_\_\_  
**Versicherungsnummer:** \_\_\_\_\_

**Besteht eine Haftpflichtversicherung:**  ja  nein  
**Versicherung:** \_\_\_\_\_  
**Versicherungsnummer:** \_\_\_\_\_

### Ihr Anliegen:

---

---

---

---

---