

# AMB Anfrageformular

Nr.:

Datum: .....

Ihr Ansprechpartner: .....

Ihre Kontaktdaten:



**AMB** Technology GmbH  
 Vertriebsabteilung  
 Peseckendorfer Weg 7  
 D - 39387 Oschersleben  
**Tel.** +49 39 49 / 94 18-35  
**Fax** +49 39 49 / 94 18-50  
**Email** sales@amb-group.de  
[www.amb-group.de](http://www.amb-group.de)

Firma: .....  
 Name: .....  
 Adresse: .....  
 Ort / Land: .....  
 Telefon: .....  
 Email: .....  
 Fax: .....

<b>Projekt:</b> .....	<b>Projektart:</b> Neubau <input type="checkbox"/> Umbau <input type="checkbox"/> Erweiterung <input type="checkbox"/>
--------------------------	---

**Müllaufkommen:** ..... t / Jahr ..... t/Tag

**Korngröße:** min.: ..... mm / max.: ..... mm (ggf. Fotos beilegen)      Auslastung: ..... h/Tag

Materialzusammensetzung:	ca. %	Sortierziel ca. %	Automatisch	Manuell
Fe			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Holz			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PE			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PVC			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PET			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Papier / Pappe			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tetra			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Glas			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Folien			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organik			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brennstoff			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektroschrott			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Sortierhalle:** (ggf. Fotos und Zeichnungen beilegen)

vorhanden:  ..... m<sup>2</sup>

Neubau:

Standort: .....

geplante IBN: .....

**Besonderheiten:**