

Speditions-Auftrag

Trans Maritime AG
Internationale Transporte

Name und Adresse des Exporteurs		Rheinfelderstrasse 12 4127 Birsfelden/Basel Telefon 061 319 55 55 Fax 061 319 55 66 E-mail: transmaritime@tmbs.ch	
PLZ:	Ort:		
Empfänger / Importeur / Notify		Lieferadresse:	
PLZ:	Ort:	PLZ:	Ort:

Sie erhalten per <input type="checkbox"/> Camion <input type="checkbox"/> Paketpost <input type="checkbox"/> wird überbracht			Bestimmungsland	Bestimm.L.Code
			Bestimmungstation oder(Flug)hafen	

Holen Sie ab <input type="checkbox"/> ab sofort <input type="checkbox"/> ab: Adresse: PLZ: Ort:	zur Weiterleitung per <input type="checkbox"/> LKW <input type="checkbox"/> Bahn <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Luftfracht <input type="checkbox"/> Seefracht <input type="checkbox"/> _____
--	---

Zeichen & Nummern	Anz.	Verpackung	Warenbezeichnung	Zoll-Pos.	Brutto-Kg	Netto-Kg	Wert CHF
Total							
Gefahrgut							

Gemäss Offerte vom	
Bemerkungen/Spezielle Instruktionen	
Ausliefertermin	
Dimensionen	

Transportversicherung	<input type="checkbox"/> durch Empfänger gedeckt	<input type="checkbox"/> durch Absender gedeckt	<input type="checkbox"/> Gegen alle Risiken
	<input type="checkbox"/> durch den Spediteur Für CHF _____		

Frankaturvorschrift	<input type="checkbox"/> EXW	<input type="checkbox"/> CIF	<input type="checkbox"/> FCA	<input type="checkbox"/> CPT	<input type="checkbox"/> DAT	<input type="checkbox"/> verzollt	<input type="checkbox"/> versteuert	<input type="checkbox"/> Ort _____
	<input type="checkbox"/> CIP	<input type="checkbox"/> DDP	<input type="checkbox"/> FOB	<input type="checkbox"/> DAP	<input type="checkbox"/> CFR	<input type="checkbox"/> unverzollt	<input type="checkbox"/> unversteuert	

Beilagen	Wir benötigen	Stempel und Unterschrift des Auftraggebers
<input type="checkbox"/> EUR1_Nr.	<input type="checkbox"/> 1 Zoll Anmelde Kopie	
<input type="checkbox"/> Handelsrechnungen	<input type="checkbox"/> Original B/L, AWB	Referenz
<input type="checkbox"/> Packlisten	<input type="checkbox"/> Kopie B/L, AWB	
<input type="checkbox"/> Akkreditivkopie		Ort und Datum
<input type="checkbox"/> Ausfuhrbewilligung		
<input type="checkbox"/> _____		

Wir nehmen zur Kenntnis, dass Sie als Mitglied des SPEDLOGSWISS – Verband schweizerischer Speditions- und Logistikunternehmen – ausschliesslich aufgrund der von der SPEDLOGSWISS erlassenen Allgemeinen Bedingungen arbeiten.

Informationen zum Formular

Bitte füllen Sie folgende Felder zwingend aus, ansonsten kann Ihr Auftrag nicht bearbeitet werden:

Abschnitt: Name und Adresse des Exporteurs
Name, Strasse, Postleitzahl und Ort

Abschnitt: Empfänger
Name, Strasse, Postleitzahl und Ort

Abschnitt: Holen Sie ab
Termin, Name, Strasse, Postleitzahl und Ort

Abschnitt: zur Weiterleitung per
1 Transportmittel muss ausgewählt sein

Abschnitt: Warenauflistung
Mindestens 1 Zeile muss komplett ausgefüllt sein

Abschnitt Bemerkungen
Ausliefertermin

Abschnitt Transportversicherung
1 Versicherungsart muss ausgewählt sein

Abschnitt Frankaturvorschrift
1 Frankatur muss ausgewählt sein

Stempel und Unterschrift des Auftraggebers
Ort und Datum