



TYPE SVGV

FAX FORM: FORK REQUEST

FROM:

Company: Contact:

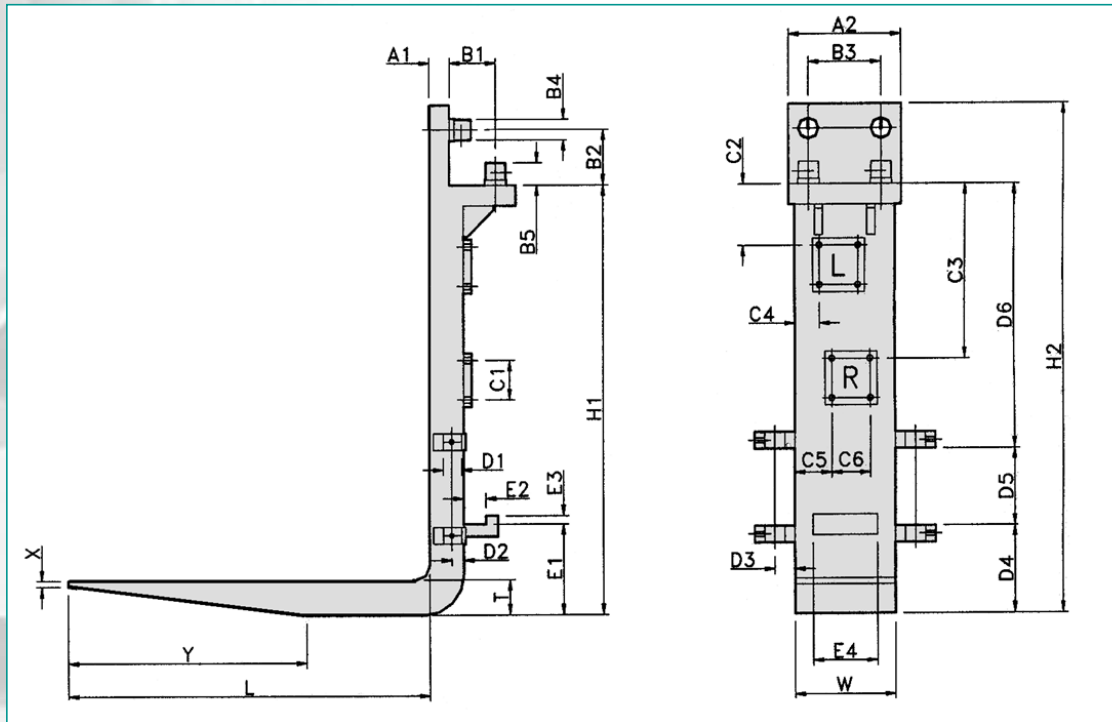
Address:

Tel Nr.: Fax Nr.:

TRUCK DETAILS:

Make: Type and serial number:

Lift Capacity: Application:



W : B3 : D3 :

T : B4 : D4 :

L : B5 : D5 :

X : C1 : D6 :

Y : C2 : E1 :

H1 : C3 : E2 :

H2 : C4 : E3 :

A1 : C5 : E4 :

A2 : C6 :

B1 : D1 :

B2 : D2 :

Company : Date :