

SCHULUNGSZENTRUM

ANMELDUNG

Kieback&Peter GmbH & Co. KG
Schulungszentrum
Tempelhofer Weg 50
12347 Berlin

* markierte Felder bitte unbedingt ausfüllen

Firmenadresse des Teilnehmers

Name* _____ Vorname* _____
Tätigkeit* _____ Funktion _____
Firma* _____ Abteilung _____
Straße (Postfach)* _____ Postleitzahl, Ort* _____
Telefon _____ Telefax _____ E-Mail _____

Seminar Seminarbezeichnung*

Seminartermin* vom _____ bis _____

Ersatztermin vom _____ bis _____

Bitte reservieren Sie für den genannten Seminarteilnehmer ein Einzelzimmer ja nein

im Standardhotel. Anreisetag: _____ Abreisetag: _____

Die beiden nachfolgenden Anschriftenfelder sind nur dann auszufüllen, wenn sich die entsprechenden Anschriften von der Firmenadresse des Teilnehmers unterscheiden.

Anschrift für die Seminarbestätigung

Name* _____ Vorname* _____
Firma* _____ Abteilung _____
Straße (Postfach)* _____ Postleitzahl, Ort* _____

Anschrift für die Rechnung

Name* _____ Vorname* _____
Firma* _____ Abteilung _____
Straße (Postfach)* _____ Postleitzahl, Ort* _____

Wer ist Ansprechpartner in Ihrer Niederlassung (NL) oder Technischen Büro (TB)?

Vertriebsingenieur _____ NL/TB _____

Datum* _____ Auftraggeber* _____