

per Fax +49 30 60095-327
Informationen per Telefon +49 30 60095-147
per Post an:

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

Anmeldung

Schulungszentrum Berlin

Firmenadresse des Teilnehmers

* markierte Felder bitte unbedingt ausfüllen

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
Anreisetag _____ Abreisetag _____ Hotel _____

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 Ihr Ansprechpartner in unserer Niederlassung (NL) oder unserem Technischen Büro (TB)?

Vertriebsingenieur _____ NL/TB _____
Datum* _____ Unterschrift* _____