

SEMINARANMELDUNG

Seminartitel

Termin

TEILNEHMER

Frau Herr Vorname Nachname Geburtsdatum*

Firma derzeitige Position*

Straße Postleitzahl, Ort Land

Telefon Mobiltelefon

E-Mail

RECHNUNGSADRESSE

Firma Bearbeiter/in

Straße Postleitzahl, Ort Land

USt-ID-Nr. (für EU-Länder)

Ankunft Flugzeug Bahn Auto **Bitte reservieren Sie mir ein Einzelzimmer** Ja Nein

Ein Einladungsbrief zum Beantragen des Visums ist erforderlich Ja Nein

Zur besseren Planung Ihrer Reise möchten wir Sie gerne darauf hinweisen, dass das Seminar um 8:30 Uhr beginnt und um ca. 16:00 Uhr am letzten Seminartag endet.

Ich akzeptiere die Allg. Geschäftsbedingungen Ja Nein

Datum, Unterschrift

Das Ausfüllen der mit * gekennzeichneten Felder ist optional.

Bitte senden Sie Ihre Antwort an: wacker-academy@wacker.com oder Fax +49 8677 886 6101

