

# Anmeldung

## WORKSHOP Med select

Datum 15.02.2012  
Ort 45307 Essen  
Am Zehnthof 189  
Dauer 15:00 - 18:00 Uhr  
Referent Peter Möllenev  
Kosten 50.-- EURO (inkl. MwSt)

**Bitte senden Sie diese  
Anmeldung per Fax an:**

+49 (0) 201 185568-30

Workshop-Teilnehmer: \_\_\_\_\_

Anrede: \* \_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_

Vorname: \* \_\_\_\_\_

Name: \* \_\_\_\_\_

Firma / Praxis: \_\_\_\_\_

Straße: \* \_\_\_\_\_

PLZ: \* \_\_\_\_\_

Ort: \* \_\_\_\_\_

Telefon: \* \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \* \_\_\_\_\_

Webseite: \_\_\_\_\_

Anmerkungen:  
(u.a. abweichender  
Rechnungsempfänger) \_\_\_\_\_

Unterschrift: \* \_\_\_\_\_

Bitte füllen Sie alle mit \* gekennzeichneten Felder aus.