

Anmeldeformular

„Augen- und Atemwegserkrankungen beim Pferd“ am 28.10.2017

Ich nehme teil:

Name:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

Handy:

Ich bringe noch folgende Person(en) mit:

Die Teilnahmekosten (auch für evtl. mitgebachte Personen) in Höhe von €
habe ich überwiesen an:

Astrid Groth

ING DIBA

IBAN: DE87 5001 0517 5509 0536 83

BIC: INGDEFFXXX

Verwendungszweck: Fortbildungsveranstaltung am 28.10.17

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Datum

Unterschrift