

RÜCKANTWORT

Frau
Prof. Dr. Gabriele Fehm-Wolfsdorf
Hundestraße 76

23552 Lübeck

BGAT-Trainer-Workshop

Hiermit melde ich mich an zur Teilnahme an einem BGAT-Train-the-Trainer-Workshop

* Name, Anschrift

.....
.....

* Beruf

.....

* Telefon, email

.....

Gewünschter Termin (jeweils Freitag, 14.00 bis 21.00 Uhr, Samstag 9.00 bis 16.45 Uhr):

- | | |
|---|---|
| 16. + 17. Januar 2009 in Berlin | 0 |
| 13. + 14. März 2009 in Bayern | 0 |
| 24. + 25. April 2009 in Nordrhein-Westfalen | 0 |

anderer Termin-/Ortswunsch:

Die Workshops finden an den genannten Orten statt, sofern sich 5 bis 8 Teilnehmer anmelden. Bitte fragen Sie nach (Tel. 0451- 703 76 27), falls Sie nach 3 Wochen noch keine Anmeldebestätigung von mir erhalten haben sollten!

Bemerkungen / Mitteilungen:

.....

Datum, Unterschrift

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.