ANMELDUNG

Bitte zurück an:

FAX: (0251) 52005-61



Apothekerkammer Westfalen-Lippe Juliane Niehus Bismarckallee 25 48151 Münster		Wir möchten uns schwerpunktmäßig zu folgendem Thema schule lassen:						
Verbindliche Anmeldung zu ein – Das Angebot gilt nur für Apot	_	((Planungs	svorlau	ungszeiten (if 4 – 6 Woc gen begrenz	hen)	nkreuz	en)
Name der Apotheke			Vormit	tag	Nachmit	tag	Abend	
Ansprechpartner/in			Мо		Мо		Мо	
Straße			Di		Di		Di	
PLZ, Ort			Mi		Mi		Mi	
Telefonnummer			Do		Do		Do	
Faxnummer			Fr		Fr			
E-Mail-Adresse			Sa		Sa			
Anzahl Teilnehmer/innen: Die Anmeldung erfolgt zunäck Coach wird sich dann zwecks erhalten Sie durch die AKWL. D Die Coaching-Gebühr soll von	hst über die AKWL und Terminvereinbarung m Die Kosten betragen 180	iit Ihnen in Verbindu 0 € für 4 x 45 Minute	entsprec ing setze	hende n. Die	n Coach we Rechnung f	itergel		
Kontoinhaber								
IBAN								
BIC								
Bank								
Unterschrift Kontoinhaber	x							
Datum	X Stempel	l/Unterschrift Apoth	ekenleitu	ıng				