

Absender

Firma: _____

Zusatz: _____

Vorname / Name*: _____

Str. / Haus-Nr.*: _____

PLZ / Ort*: _____

Telefon*: _____

E-Mail*: _____

Rechnungsadresse (falls abweichend)

Firma: _____

Zusatz: _____

Vorname / Name: _____

Str. / Haus-Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Workshop(s)

mit * gekennzeichnete Angaben sind zwingend erforderlich!

MEDDIC I 2-tägiges Seminar 950,00 € zzgl. MwSt. / pro Teilnehmer Datum: _____

MEDDIC II 2-tägiges Seminar 950,00 € zzgl. MwSt. / pro Teilnehmer Datum: _____

Teilnehmer

Hiermit reservieren wir für folgende Personen verbindlich die Teilnahme an den MEDDIC-Workshops zu den AGBs der TEDIC GmbH und den aktuellen Teilnahmebedingungen lt. Webseite (Stand 01/2014).

Angebotsnummer (falls vorhanden): _____

Vorname und Name	E-Mailadresse* (erforderlich)

_____ Datum, Ort

_____ Unterschrift / Firmenstempel