



Kooperationsnummer: 905239

Teilnehmerdaten	Seminarerdaten
-----------------	----------------

Vorname

**Lexware Lohn+gehalt
Grundlagenseminar**

Name

Ort Veranstaltung

Position

Branche

Datum der Veranstaltung

Email (für die Rückantwort)

Firmendaten/ Rechnungsempfänger

Firmenname

Straße & Hausnummer

PLZ/ Ort

Zusatzinformationen
(z.B: Abweichende Adressen für Bestätigungen, Rechnungen,etc...)

Telefon (tagsüber)

Telefax

Email/ Ansprechpartner für eventuelle Rückfragen & Organisation

Mitarbeiteranzahl

Bitte ausdrucken und unterschreiben

Bitte per Fax senden an:

Unterschrift:

+49 (0) 4432 / 940 34