



**Schulungsprogramm
BAUER POSEIDON KOMPRESSOREN GmbH**

Bauer Poseidon Kompressoren GmbH
Abt. Techn. Kundendienst / Fr. Alberer
Name:.....
IZ NÖ - Süd Str. 3, Objekt 26
A-2355 Wr. Neudorf
Straße:.....

Absender:.....

Vorname:.....

PLZ / Stadt:.....

Tel.: 02236-63625-0

Tel:.....

Fax: 02236 62952

Fax:.....

ANMELDEFORMULAR

Teilnehmer:

Name

Vorname

1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____

- WICHTIG -

Bitte beachten Sie, daß Sie sich mit diesem Formular verbindlich anmelden!

Senden Sie das Anmeldeformular so schnell wie möglich, spätestens 3 Wochen vor Beginn