

**KOOPERATION PHYTOPHARMAKA GbR**

- Geschäftsstelle-

**FAXANTWORT****Fax 0228 - 35 13 90**

- Ich nehme an der Fortbildung am 08.03.2006 teil und komme mit _____ Personen.**
- Den Teilnehmerbeitrag werde ich in bar mitbringen.**
- Ich nehme an der Fortbildung nicht teil, möchte aber gerne über zukünftige Fortbildungen informiert werden.
- Ich nehme an der Fortbildung nicht teil und möchte zukünftig keine weiteren Einladungen zu Fortbildungen erhalten.

Name: _____

Apotheke: _____

Adresse: _____

Telefon: _____