



**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:.....

Tel.: 02236-63625-0
Tel:.....
Fax: 02236 62952
Fax:.....

Absender:.....

Vorname:.....

PLZ / Stadt:.....

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