Anmeldung zur PRAXIS CAFM 2019

*Zum Ausfüllen speichern Sie das Formular bitte lokal. Mit * gekennzeichnete Felder sind Pflichtfelder.*

Anrede: * ☐ Herr
☐ Frau

Vorname: *

Name: *

Firma: *

Öffentliche Verwaltung : * ☐ ja ☐ nein

Straße: *

PLZ: *

Ort: *

Telefonnummer:

E-Mail: *

Teilnahme Vorabendveranstaltung (25.6.) * ☐ Teilnahme Tag 1 (26.6.) * ☐

Teilnahme Abendveranstaltung (26.6.) * ☐ Teilnahme Tag 2 (27.6.) * ☐

Weitere Teilnehmer

Vorname Name:

E-Mail:

Teilnahme Vorabendveranstaltung (25.6.) ☐ Teilnahme Tag 1 (26.6.) ☐

Teilnahme Abendveranstaltung (26.6.) ☐ Teilnahme Tag 2 (27.6.) ☐

Ihre Themen für die Open CAFM Sessions

Themenstichworte:

Bemerkungen

Bemerkungen: