next step
bilden bewegt

# ANMELDEFORMULAR

Anmeldung per **Fax: 041 766 83 84** oder per **E-Mail: info@axapharm.ch**

**Ich/wir melde(n) mich/uns für folgenden Workshop an:**

1. Kurs: Datum:

| VORNAME/NAME TEILNEHMER | APOTHEKE/DROGERIE | FPH-NUMMER |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

**Ich/wir melde(n) mich/uns für folgenden Workshop an:**

2. Kurs: Datum:

| VORNAME/NAME TEILNEHMER | APOTHEKE/DROGERIE | FPH-NUMMER |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

**Ich/wir melde(n) mich/uns für folgenden Workshop an:**

3. Kurs: Datum:

| VORNAME/NAME TEILNEHMER | APOTHEKE/DROGERIE | FPH-NUMMER |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |

Rechnungsadresse/Stempel