

# TEILNAHMEBESTÄTIGUNG

## Informations- und Schulungsveranstaltung für Existenzgründer 3-Tage-Seminar

Termin: vom .....

Name: .....

Vorname: .....

Straße/ Hausnummer: .....

PLZ/ Ort: .....

Telefon: .....

Fax: .....

E-Mail-Adresse: .....

Geburtsdatum: .....

Branche, in der ich mich selbständig machen möchte:

.....

.....

Hiermit bestätige ich meine Teilnahme an dem Seminar:

.....  
Ort/ Datum

.....  
Unterschrift