ANMELDUNG ZUR PRAXIS CAFM 2025

*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 (23.6.) * ☐ Teilnahme Tag 1 (24.6.) * ☐

Teilnahme Abendveranstaltung (24.6.) * ☐ Teilnahme Tag 2 (25.6.) * ☐

Weitere Teilnehmer

Vorname Name:

E-Mail:

Teilnahme Vorabendveranstaltung (23.6.) ☐ Teilnahme Tag 1 (24.6.) ☐

Teilnahme Abendveranstaltung (24.6.) ☐ Teilnahme Tag 2 (25.6.) ☐

Ihre Themen für die Open CAFM Sessions

Themenstichworte:

Bemerkungen

Bemerkungen: