**Absender:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Barbarossa-Klinik Kelbra

Lange Str. 111

06537 Kelbra

Tel. 034651/4590 Fax 034651/459 113 email: info@barbarossa-klinik-kelbra.de

**Anmeldung Ehemaligentreffen am 20.09.2014**

Hiermit bestätige ich meine Teilnahme am Ehemaligentreffen am 20.09.2014 in Kelbra mit

……………. Person/Personen.

Gern nehmen wir das Angebot zum Mittagstisch an:

Anzahl Essen Nr.

…………. ……………………………………….

…………. ……………………………………….

…………. ……………………………………….

Natürlich steht Ihnen auch wieder unser Transportservice vom/zum Bahnhof Berga zur Verfügung.

Bitte setzen Sie sich bei Bedarf mit uns telefonisch unter 034651/4590 in Verbindung.