

# Seminaranmeldung

*Great Lengths*

HAIR LIKE YOU

Fax-Nr. für Deutschland und Schweiz: **0043 / 31 16 /81 3 55-15**

Fax-Nr. für Österreich: **0 31 16 / 81 3 55-15**

Salonname: \_\_\_\_\_ Kd. Nr.: \_\_\_\_\_

Kundenname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Land/PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ Homepage: \_\_\_\_\_

**Basisausbildung** Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Für System: (bitte ankreuzen)  MultiSonic  UltraSonic  GL Klassik

**Klebertechnikseminar** Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

**Kompetenzseminar** Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Für System: (bitte ankreuzen)  MultiSonic  UltraSonic  GL Klassik  GL TAPES

**Profiseminar Long Hair** Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Für System: (bitte ankreuzen)  MultiSonic  UltraSonic  GL Klassik  GL TAPES

**Profiseminar Short Hair** Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_  
Für System: (bitte ankreuzen)  MultiSonic  UltraSonic  GL Klassik  GL TAPES

**Profiseminar Kundengewinnung** Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

**GL Volume** Datum: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

## Seminarteilnehmer (BITTE IN BLOCKSCHRIFT AUSFÜLLEN!)

Aktiv  Passiv  
Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ Geb.Dat.: \_\_\_\_\_

Aktiv  Passiv  
Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ Geb.Dat.: \_\_\_\_\_

Aktiv  Passiv  
Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ Geb.Dat.: \_\_\_\_\_

## Ich benötige ein Hotelzimmer! (Die Übernachtungskosten sind direkt im Hotel zu begleichen.)

Einzelzimmer vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Zimmeranzahl: \_\_\_\_\_

Doppelzimmer vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Zimmeranzahl: \_\_\_\_\_

Bei Stornierung (bitte schriftlich) bis 4 Wochen vor Seminarbeginn werden 30% der Seminarsumme in Rechnung gestellt, bei Stornierung bis 14 Tage vor Seminarbeginn 50% und bei Stornierung bis 7 Tage vor Seminarbeginn 80% und bei Nichterscheinen 100%. Bei Nennung eines Ersatzsalons fallen für Sie keine Kosten an.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_