# Buchungsformular „TK-Gesundheitsmobil“

# per Mail: tk@ipn.eu

**Veranstaltungs-Datum:** 01.04.2022

**Aktionszeiten: von** Wählen Sie ein Element aus.**Uhr bis** Wählen Sie ein Element aus.**Uhr**

**(Bitte beachten Sie, dass wir die Aktionszeit auf maximal 7 Stunden inkl. Pause (z.B. 9:00 – 16:00 Uhr) begrenzen)**

**Veranstaltung / Firma:**

**Straße / Nr.:**

**PLZ / Ort:**

**Gebucht durch:**

Telefon:

E-Mail:

Region:

Teamnummer:

**Ansprechpartner vor Ort:**

Telefon:

E-Mail:

# Buchungsformular „TK-Gesundheitsmobil“

# per Mail: tk@ipn.eu

# Veranstaltungsplanung:

## Messraum Zelt

Wählen Sie ein Modul aus Wählen Sie ein Modul aus

## Ist eine Parkmöglichkeit für das Gesundheitsmobil vorhanden? [ ]

(Platzbedarf: 5,50 x 8,00 m; keine Neigung oder Schräglage)

## Ist eine freie Zufahrt zum Standort vorhanden? [ ]

##

## Ist die Stromversorgung gewährleistet? [ ]

(Stromanschluss: 230 V; max. Entfernung von der Stromquelle: 50 m)

Aufbauzeit: von Wählen Sie ein Element aus. Uhr bis Wählen Sie ein Element aus. Uhr

(Wir planen eine Vorbereitungszeit von ca. einer Stunde)

**Informationen zur Veranstaltung:**

Zielgruppe: Wählen Sie ein Element aus. , Wählen Sie ein Element aus.

Die Durchführung des Moduls bitte in englischer Sprache: [ ]

Das Testmodul wird auf Terminvergabe durchgeführt: [ ]

(Eventmodul als offenes Angebot)

Gerne senden wir Ihnen eine auf die Veranstaltungszeit abgestimmte Terminliste zu, welche an das Unternehmen weitergeleitet werden kann.

Terminliste gewünscht: [ ]

**Anmerkungen:**

|  |  |
| --- | --- |
|   |   |
| Ort, Datum | Name des Buchenden |