

Anmeldeformular

Schulung: Stapler-Führerschein nach BGG 925
 Schulungsdatum:
 Firma:
 Ansprechpartner:
 Straße / Hausnr.:
 PLZ / Ort:
 Telefonnr.:
 E-Mail:



Name	Vorname	Straße u. Hausnr.	PLZ u. Ort	Geburtsdatum	Geburtsort	Geburtsland	vorh. Führerschein-klasse	Brillen-träger	Deutsch-kennnisse
								<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht
								<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht
								<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht
								<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht
								<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht

Name	Vorname	Straße u. Hausnr.	PLZ u. Ort	Geburts- datum	Geburtsort	Geburtsland	vorh. Führer- schein- klasse	Brillen- träger	Deutsch- kenntnisse
								<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht
								<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht
								<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht
								<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht
								<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht
								<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht
								<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht
								<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht
								<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht
								<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schlecht