

Mitgliedsantrag

Bitte drucken Sie das Formular aus und senden Sie es uns per Post, Fax oder scannen Sie das ausgefüllte Formular ein und senden es uns per E-Mail.

Studio name		
Vorname		
Name		
Straße, Nr.		
PLZ / Ort		
Telefon-Nummer		
E-Mail		
Spezialitäten des Studios		
Behandlungen		
Produkte im Verkauf		

Bitte kreuzen Sie an:

<input type="checkbox"/>	Ja, ich möchte Mitglied auf Probe * werden bei Deutscher Bundesverband Kosmetik e. V. Berlin. Mitgliedsbeitrag 0,- € **
<input type="checkbox"/>	Ja, ich möchte den Newsletter kostenlos abonnieren.