

## **Dr. Bernd Koch**

**Niedermühlenstraße 75 , 49326 Melle**

Telefon: 05428 / 2921    Telefax: 05428 / 2828

---

**Fachbereiche:**

**Branchen:**

---



## Notizen

**Nehmen Sie diesen Bogen mit zu Dr. Bernd Koch!**

Schreiben Sie hier alle wichtigen Daten für Ihren Termin vor Ort zur Vorbereitung auf.

Ihre Adressierung:

Vorname, Nachname: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Handy \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Termin vereinbart am: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

**Darstellung Ihres Problems:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Sonstige Notizen:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---