

## **Dr. Peter Zimmermann**

**Neckarweg 17 , 34131 Kassel**

Telefon: 0561 / 928840 Telefax: 0561 / 9288430

E-Mail: [zimmermann@zimmermann-diederich.de](mailto:zimmermann@zimmermann-diederich.de)

---

**Fachbereiche:**

**Branchen:**

---



## Notizen

**Nehmen Sie diesen Bogen mit zu Dr. Peter Zimmermann!**

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:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---