

# ANMELDUNG MODUL 6

## Zeitzeugengespräche

*Kurzführung mit anschließendem Gespräch*

### Absender

Institution: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

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

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

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

Klinikum Bremen-Ost gGmbH  
Züricher Str. 40  
28325 Bremen

Tel 0421/408-1757  
Fax 0421/408-2898  
info@kulturambulanz.de  
www.kulturambulanz.de

Hiermit melde ich folgende Gruppe verbindlich an \_\_\_\_\_

Die Gruppe umfasst \_\_\_\_\_ Personen.

Gewünschter Termin / Uhrzeit : \_\_\_\_\_

Kosten pro Gruppe (max. 20 Personen): 50,00 € \* / Dauer: ca. 90 Minuten

### Ort, Datum, Unterschrift

*\*zzgl. Eintritt für das Museum 4 € / 2 € pro Person. Wenn Sie den Termin nicht wahrnehmen können, sagen Sie uns bitte mindestens 1 Woche vorher ab. Bei kurzfristigen Absagen oder Nichterscheinen müssen wir Ihnen die Kosten in Rechnung stellen*

**Terminbestätigung** (vom Museum auszufüllen)

\_\_\_\_\_  
Führungskraft

Bremen, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift