Kontaktformular Mietung Räume

Ansprechpartner:

Name /Firma: _____

Ansprechperson: _____

Adresse: _____

Postleitzahl; Ort: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Email: _____

Angaben zur Nutzung:

Zeitraum: _____

Uhrzeit: _____

Art der Nutzung: _____

Raumwahl:

- ☐ großer Raum 90 m²
- ☐ kleiner Seminarraum 24m²
- ☐ Küche

- ☐ Tische Anzahl ☐
- ☐ Stühle Anzahl ☐
- ☐ Beamer
- ☐ Flipchart
- ☐ Musikanlage

Preise:

Stunde	25,00 €	Wochenende (Sa/So)	350,00 €
Tagespauschale (bis 10 Std)	180,00 €	Fr 12:00 - So 18:00 Uhr	450,00 €
Endreinigung	25,00 €		

Weitere Mietzeiten auf Anfrage.

sonstiges auf Anfrage:

_____

_____

_____

unsere Kontaktdaten:

Mediplus Dr.Wild / Illgen GbR
Bianka Kirsche
Eisenbahnstr.1-3
04315 Leipzig

Tel: 0341-6991650
Fax:0341-69916529
Mobil: 0152-08811027

www.mediplusleipzig.de
www.mediplus-vermietung.de

kontakt@mediplusleipzig.de

Datum / Unterschrift: _____

Bitte senden Sie uns das Formular per Fax, Email oder Post zurück. Wir setzen uns umgehend mit Ihnen in Verbindung.