# Akademie für Malerei Berlin

**Schillerstraße 34 * D-10627 Berlin**

**Ich interessiere mich**

☐ **für ein Studium an der Akademie für Malerei Berlin.**

☐ **für ein Fernstudium an der Akademie für Malerei Berlin.**

☐ **für die Teilnahme an _____.**

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Fon/Fax: _____ Mobil: _____ E-Mail: _____

☐ **Bitte setzen Sie sich mit mir zwecks Terminvereinbarung für ein persönliches Gespräch in Verbindung.**

☐ **Bitte senden Sie mir weitere Informationen zum Kursangebot zu.**

_____

**Ort, Datum, Unterschrift**

**Akademie für Malerei Berlin**
**Inh. Ute Wöllmann**
**Schillerstraße 34 * D-10627 Berlin**
**Tel/Fax (0)30 45 08 61 00 * www.a-f-m-b.de**
**Steuernr. 13 / 596 / 62577**
**FA Berlin-Charlottenburg**