

**Antwortfax**

**an Fax-Nr. : 0551-39-12396**

**Teilnahme am**

***14. Göttinger MDS-Workshop***

***am 26. Mai 2018***

**Laser-Laboratorium Göttingen GmbH**

**Hans-Adolf-Krebs-Weg 1**

**37077 Göttingen**

NAME:
INSTITUTION:
ABTEILUNG:
TEL.:
FAX:
E-MAIL-ADRESSE:

*ich nehme teil mit .....Personen*

*ich kann leider nicht teilnehmen*