

Anmeldeformular für den Überwinterungsservice

Name _____

Strasse, Nummer _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Wünschen Sie den gleichen Überwinterungsservice wie im letzten Jahr? Bitte kreuzen Sie dann das Kästchen an. Sollten Sie zusätzliche Pflanzen oder Änderungen haben, bitten wir Sie, diese unten einzutragen. Danke!

Pos.	Pflanzenart	Gefässdurchmesser (aussen) in cm							Bemerkungen (Zustand, Umtopfen, Rückschnitt)
		30	40	45	50	55	60	65	
<i>Beisp.</i>	<i>Oleander</i>				1				<i>Wurzelkur</i>
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Bitte an die Nr. 071 677 11 67 faxen oder einsenden.