

# ANMELDUNG

**Führung durch die Ausstellung:  
TOUCHDOWN Eine Ausstellung mit und über  
Menschen mit Down-Syndrom**



**KulturAmbulanz**  
Gesundheit.Bildung.Kultur.

## Absender

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

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

Straße: \_\_\_\_\_

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

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

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

Klinikum Bremen-Ost gGmbH  
Züricher Str. 40  
28325 Bremen

Anmeldung:  
Tel 0421/408-1757  
Mo - Do / 9-15 Uhr  
Fax 0421/408-2898  
info@kulturambulanz.de  
www.kulturambulanz.de

Hiermit möchte ich folgende Gruppe \_\_\_\_\_

für ein Führung am \_\_\_\_\_ um \_\_\_\_\_ verbindlich anmelden.

Die Gruppe umfasst \_\_\_\_\_ Personen / Alter der Personen: \_\_\_\_\_

## Gewünschte Führung bitte ankreuzen:

- Führung durch die Ausstellung nach Möglichkeit MIT Tandempartner  
(ca. 90 Min. / 85 €)
- Führung durch die Ausstellung OHNE Tandempartner (ca. 60 Min. / 50 €)

*Gruppengröße max. 25 Personen*

## Ort, Datum, Unterschrift

Terminbestätigung (vom Museum auszufüllen)

\_\_\_\_\_  
Führungskraft

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

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