

An die  
Musikschule der Stadt Bünde  
Amtshausplatz 1

32257 Bünde



## Probeunterricht

Bitte vereinbaren Sie einen Kennenlerntermin mit uns.

gewünschtes Fach \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_

e-Mail \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

---

Ort, Datum

Unterschrift

Mitglied im  
  
Verband deutscher  
Musikschulen