

# Buchungsanfrage

Ihre Anreise(Pflichtfeld)

Ihre Abreise (Pflichtfeld)

Personen (Pflichtfeld)

▼

Kinder (Pflichtfeld)

▼

Vorname, Name(Pflichtfeld)

Telefon

Please leave this field empty.

Ihre E-Mail-Adresse (Pflichtfeld)

Betreff

Ihre Nachricht



# **Lebenshilfe**

für Menschen mit geistiger Behinderung  
Landesverband Brandenburg e.V.