


Recipient	<input type="text" value="Question"/>
Title	<input type="text"/>
First name (*)	<input type="text"/>
Name (*)	<input type="text"/>
Company	<input type="text"/>
Street, no.	<input type="text"/>
Zipcode	<input type="text"/>
City	<input type="text"/>
Land	<input type="text"/>
E-mail (*)	<input type="text"/>
Subject (*)	<input type="text"/>
Text (*)	<input type="text"/>
	
Safety check (*)	<input type="text"/>
(*) = Obligatory field <input type="button" value="Submit"/>	