

Anmeldung zur Fortbildung (Bitte deutlich lesbar ausfüllen!)

Name: _____ Vorname: _____

Strasse/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail _____

Beruf/praktizierte Methode: _____

Hiermit melde ich mich zu folgendem Kurs verbindlich an:

Kurs: _____ Kurs: _____ Kurs: _____

vom _____ bis _____ vom: _____ bis: _____ vom: _____ bis: _____

in: _____

Referent: Andreas Müller

ggf. Vorkurs absolviert am: _____

Praxisstempel

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich ausdrücklich mit der Aufnahme meiner persönlichen Daten (Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail) in eine von der Gesundheitsschule erstellte Kurs-Teilnehmerliste einverstanden. Ebenfalls bin ich ausdrücklich mit der Weiterleitung dieser Liste an die anderen Kursteilnehmer, zwecks Kontaktaufnahme zur Bildung von Fahrgemeinschaften, einverstanden. Die allgemeinen Bedingungen zur Teilnahme an Fortbildungsseminaren der Gesundheitsschule erkenne ich an.

Datum

Unterschrift