

## ANMELDEFORMULAR

# ■ Nordic-Walking

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
Krankenkasse \_\_\_\_\_

**Hiermit melde ich mich verbindlich zur Teilnahme am Nordic-Walking-Kurs an.**

Nr. \_\_\_\_\_ vom -- bis --

Die Kursdauer umfasst 10 Kurseinheiten zu je 60 Minuten.

Die Kosten betragen 90,00 EUR (inkl. Leihstöcke) und werden von den Krankenkassen nach vorheriger Anfrage bezuschusst.

\_\_\_\_\_  
*Ort / Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift*

Buchenstraße 16b | 01097 Dresden  
Telefon 0351 - 804 27 44

Bankverbindung:  
Deutsche Bank Dresden  
Kto. 606 819 100  
BLZ 870 700 24