

ANMELDEFORMULAR

■ Rückenschulkurs

Name _____ Vorname _____
Straße _____ PLZ / Ort _____
Geb.-Datum _____ Telefon _____
Krankenkasse _____ Beruf _____

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Teilnahme am Rückenschulkurs an.

Nr. _____ vom -- bis --

Die Kursdauer umfasst 10x je 1 Stunde.

Die Kosten betragen 90,00 EUR 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