

## Antwortschreiben

**Med. Fortbildungszentrum  
Hagen GmbH**

**Hohle Str. 6c  
58091 Hagen**

**Diese Anmeldung bitte per Fax an**

**02331 784020**

oder einfach per Post senden.

**Hiermit melde ich mich verbindlich für folgende Ausbildungs-Module an:**

Gewünschtes bitte ankreuzen:

x	Faszium-Therapie Ausbildungsmodule	Datum	Dauer	Ort	Preis
<input type="checkbox"/>	Teil 1 Modulkurs 1 - 4	14.06.19 - 16.06.19	3 Tage	Hagen	549 EUR
<input type="checkbox"/>	Teil 2 Modulkurs 5 - 8	20.09.19 - 22.09.19	3 Tage	Hagen	549 EUR
<input type="checkbox"/>	Teil 1 Modulkurs 1 - 4	15.05.20 - 17.05.20	3 Tage	Hagen	549 EUR
<input type="checkbox"/>	Teil 2 Modulkurs 5 - 8	25.09.20 - 27.09.20	3 Tage	Hagen	549 EUR
<input type="checkbox"/>	Faszien-Therapie-Konzept*	27.11.20 - 28.11.20	2 Tage	Hagen	449 EUR

**\*Voraussetzung für die Teilnahme an dieser Veranstaltung ist die erfolgreiche Teilnahme an den Modulen 1 bis 8.**

Die Ausbildungspreise verstehen sich inkl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer.

Die Rechnungsstellung erfolgt mit Anmeldebestätigung.

**Bitte deutlich lesbar ausfüllen:**

Herr  Frau Titel \_\_\_\_\_

Arzt  Heilpraktiker  Masseur  Physiotherapeut

andere Spezialisierung \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Vorname Name

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Telefax

\_\_\_\_\_  
E-Mail

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift