

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"/>	Faszien-Therapie-Konzept*	12.01.19 - 13.01.19	2 Tage	Hagen	449 EUR
<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

***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