

Anmeldung zur Weiterbildung

„Physikalische Therapie und Balneologie“

Name, Vorname

Straß, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Tel.

Fax

e-Mail

Email

Arbeitgeber

Anschrift Arbeitgeber

Hiermit melde ich mich verbindlich an zu dem Kurs:

Block B „Orthopädie“

16.-18.02.2018 / 23.-25.02.2018

Bitte schicken Sie die Rechnung über 500,00€ an

meine Privatadresse
 meinen Arbeitgeber

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Teilnahme- und Zahlungsbedingungen des ZaR Münster an.

Bei einem Rücktritt von der Veranstaltung bis zu zwei Wochen vor Veranstaltungsbeginn wird eine Bearbeitungsgebühr von 10% der Kursgebühren erhoben. Eine nicht überwiesene Teilnahmegebühr ist nicht gleichbedeutend mit einem Rücktritt von der Veranstaltung. Die Gebühr muss auch bei Nichterscheinen beglichen werden.

.....
Datum

.....
Unterschrift