

Anmeldung

Ausbildung Fußreflexzonenbehandlung

Hiermit melde ich mich verbindlich für die Ausbildung in Fußreflexzonenbehandlung an.

Name:	Vorname:
Straße:	Tel. privat:
PLZ/Ort:	Tel. mobil:
Geb.-Datum:	Tel. gesch.:
Beruf:	e-mail:

Termine (bitte eintragen)	
•	Freitag: 14.00 – ca. 18.30 Uhr
•	Samstag: 9.00 – ca. 15.30 Uhr

Zahlung der Ausbildungsgebühr	
Überweisung der gesamten Ausbildungsgebühr bis spätestens 2 Wochen vor Kursbeginn	€ 495,-

Die Anmeldung ist erst mit Eingang der Kursgebühr auf untenstehendem Konto verbindlich (Teilnehmerplatz ist dann gesichert).

Ort:.....	Datum:.....	Unterschrift Teilnehmer:.....
-----------	-------------	-------------------------------

Anmeldung:
Christian Holzer
Ferdinand-Miller-Platz 2
80335 München
089 / 18 95 98 42

Kursort:
Planegger Straße 1 (Rückgebäude/Praxis Wolf)
81241 München

Bankverbindung:
Christian Holzer
Stadtsparkasse München
BLZ: 701 500 00
Konto-Nr.: 12117826

IBAN: DE90 7015 0000 0012 1178 26
BIC: SSKMDEMM