



Anmeldung

Hiermit melde ich mich verbindlich für folgende Kursserie an:

Kursbezeichnung: _____ **inklusive Rückenschule Ja / Nein**

Kursbeginn: _____

Kursort: _____

Kursgebühr: _____

Die Anmeldung ist nur in Verbindung mit einer Kopie des Diploms als Physiotherapeut/in bzw. der ärztlichen Approbation gültig.

Name: _____

Vorname: _____ **geb.:** _____

Straße: _____

PLZ / Wohnort: _____

Telefon, beruflich: _____ **privat:** _____

E-Mail: _____

Hiermit erkläre ich, dass ich die Ausbildungsrichtlinien des Fortbildungszentrums der Brügger-Therapie vom 01.01.2019 zur Kenntnis genommen habe und sie akzeptiere. Die Kursgebühr ist bis 14 Tage vor Kursbeginn auf das unten genannte Konto zu überweisen.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)