

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	03.09.21 - 05.09.21	3 Tage	Hagen	549 EUR
<input type="checkbox"/>	Teil 2 Modulkurs 5 - 8	03.12.21 - 05.12.21	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