

Anmeldung Kurse



Name / Vorname: _____ Krankenkasse: _____

Straße / Hausnr.: _____ PLZ / Ort: _____

Telefonnummer: _____ Email: _____

Ich wähle folgende Art des Kurses:

(siehe „Kursgebühren“ in den Anmelde- und Zahlungsbedingungen)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Präventionskurs | <input type="checkbox"/> Kurse für Mütter / Schwangere |
| <input type="checkbox"/> Abo 1 (1 Kurs / 3 Monate) | <input type="checkbox"/> Abo 2 (2 Kurse / 3 Monate) |
| <input type="checkbox"/> Abo 3 (1 Kurs / 1 Monat) | <input type="checkbox"/> Abo 4 (2 Kurse / 1 Monat) |

- Hiermit melde ich mich verbindlich für folgende Veranstaltungen an.
Die Anmeldebedingungen habe ich gelesen und erkenne diese an. *(bitte ankreuzen)*

Kurs 1: _____ Kurs 2: _____

Kursbeginn: _____

Entgelt gesamt in € : _____

- Mit der Abbuchung des Entgeltes zum Kursbeginn für die genannte Veranstaltung per SEPA – Lastschrift bin ich einverstanden. *(bitte ankreuzen)*

Geldinstitut: _____

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

Datum, Unterschrift: _____