



# ANMELDEFORMULAR

## RÜCKENTRAINING § 20 SGB V

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_

Land / PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Kursgebühr 150,- Euro inkl. MwSt.** (nähere Informationen s. Rückseite)

Hiermit melde ich mich **VERBINDLICH** für diesen Kurs an.

Ort / Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_



## **PRÄV. GESUNDHEITSTRAINING § 20 SGB V**

### **RÜCKENTRAINING**

#### **INHALT**

10 Kurseinheiten à 60 Min. bestehend aus praktischen und theoretischen Inhalten

#### **KURSZEITEN**

Dienstag 18.30 – 19.30 Uhr ab \_\_\_\_\_

#### **GEBÜHR**

150,00 EUR inkl. MwSt.

Bitte bringen Sie bequeme Kleidung mit!

**Gerne stehen wir Ihnen jederzeit für Fragen und Anregungen zur Verfügung!**