

ANMELDEFORMULAR

PRÄV. GESUNDHEITSTRAINING RÜCKENTRAINING § 20 SGB V

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

Land / PLZ / Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

INHALT

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

KURSZEITEN

☐ Montags 17-18 Uhr ab _____

oder

☐ Donnerstags 17-18 Uhr ab _____

Kursgebühr 150,- Euro inkl. MwSt.

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

Ort / Datum _____ Unterschrift _____

Bitte bringen Sie bequeme Kleidung mit!

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