



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 18.00 – 19.00 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!