



ANMELDEFORMULAR

MEDICAL YOGA § 20 SGB V

Name Vorname

Geburtsdatum

Strasse

Land / PLZ / Ort

Telefon

E-Mail

Kursgebühr 200,- Euro inkl. MwSt. (nähere Informationen s. Rückseite)

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

Ort / Datum Unterschrift



MEDICAL YOGA § 20 SGB V

INHALT

10 Kurseinheiten à 90 Min. bestehend aus praktischen und theoretischen Inhalten

KURSZEITEN

Donnerstag 18.00 – 19.30 Uhr ab _____
Freitag 08.00 – 9.30 Uhr ab _____

GEBÜHR

200,00 EUR inkl. MwSt.

Bitte bringen Sie bequeme Kleidung mit!

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

