

**ANMELDUNG MANUELLE THERAPIE**

An

Medic-Fobi Verwaltung  
Bayerwaldblick 9

94116 Hutthurm

Bei Kostenübernahme

**Name/Adresse des Arbeitgebers:**

---



---



---



---

Kursdaten:

<b>Kursbezeichnung:</b>	<b>Manuelle Therapie der FAMP - Kursreihe 2017-2019</b>
<b>Kursdatum:</b>	22.-25.03.17 / 26.-29.07.2017 / 01.-04.11.17 / 21.-24.02.18 / 16.-19.05.18 / 01.-04.08.18 / 12.-15.12.18 / 03.-06.04.19 / Prüfung: 06.04.19 / 07.04.19
<b>Kursgebühr:</b>	295 € pro Kursteil / 200 € Prüfung

Personendaten:

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Straße:
PLZ/Ort:
Tel. Geschäftlich:
Tel. Privat:
Tel. Mobil:
E-Mail:
Berufsbezeichnung:
<i>Die AGB's ( auch unter <a href="http://www.medic-fobi.de">www.medic-fobi.de</a>) habe ich zur Kenntnis genommen und anerkannt.</i>
<i>Die Kursgebühr überweise ich spätestens 6 Wochen vor Kursteil und bei kurzfristiger Anmeldung sofort auf das Konto Nr. 30253744 bei der Sparkasse Passau (BLZ 74050000)</i>
<i>Auslandsüberweisung: SWIFT CODE: BYLADEM1PAS IBAN: DE29 7405 0000 0030 2537 44</i>

Bitte legen Sie, wenn für den Kurs benötigt, Ihre **Berufsurkunde** bei, wenn diese **noch nicht bei uns vorliegt**.

Datum, Unterschrift