

Anmeldung:

<input type="radio"/> Ausbildung zum Schroth-Therapeuten (10-Tage-Kurs) in Bad Salzungen	<input type="radio"/> Refresher
Termin:	Termin:
Weiterbildung mit Förderung durch: <input type="radio"/> Bildungsscheck/Prämiengutschein (Original anbei)	
<u>Anlage zur Anmeldung:*</u> <input type="radio"/> Berufsurkunde	<u>Anlage zur Anmeldung:*</u> <input type="radio"/> Schroth-Zertifikat

Wichtig für Ihre Anmeldung sind die folgenden Daten, diese werden in die SCHROTH-Therapeuten-Liste eingepflegt. Bitte füllen Sie diese Felder gut leserlich aus! Dies sind Pflichtfelder!*

Name*	Vorname*
Geburtsname	Geb.-Datum*

1 Praxisdaten: *

Name der Praxis (Stempel der Praxis): *

Straße	PLZ	Ort
Land	Telefon-Nr.	

2 Privatanschrift: *

Straße	PLZ	Ort
Land	Tel.	E-Mail*

Rechnung - Ausbildung zum SCHROTH-Therapeuten (1250,00 €) bzw. Refresher (ab 01.01.2018 - 200,00 €):*
 Privat Praxis

Angebot Verpflegung - Katharina Schroth Klinik: (Angebot nur 10-Tage-Kurs)

Im Tagesablauf sind kleine Kaffee-Pausen eingeplant. Für Getränke ist während der Pausen gesorgt.

<input type="radio"/> Mittagessen (49 €)	<input type="radio"/> Mittagessen & Abendbrot (79 €)	Rechnung an: <input type="radio"/> Privat-Anschrift <input type="radio"/> Praxis -Anschrift
--	--	--

Angebot Reissäckchen (3 Reissäckchen erhält jeder Teilnehmer zur Ausbildung zum SCHROTH-Therapeuten als Schulungsmaterial)

Rechnung an:

Einzelpreis a 3,25 € - ____ Stückzahl angeben	<input type="radio"/> 20 Stück a 3,10 € (ankreuzen)	<input type="radio"/> 50 Stück a 2,95 € (ankreuzen)	<input type="radio"/> Privat-Anschrift <input type="radio"/> Praxis -Anschrift
---	---	---	---

Angebot Lagerungsquader

<input type="radio"/> blau (klein) ____ Stückzahl angeben	<input type="radio"/> rot (groß) ____ Stückzahl angeben	<input type="radio"/> Privat-Anschrift <input type="radio"/> Praxis -Anschrift
---	---	---

 Ich bin damit einverstanden, dass die Kursteilnehmer eine Teilnehmerliste erhalten.

 Hiermit bestätige ich Ihnen, dass ich die AGB's zur Schroth-Weiterbildung zur Kenntnis genommen habe und diese akzeptiere.

Datum

Unterschrift des Teilnehmers

*Pflichtfelder

Vielen Dank für Ihre Anmeldung
Ihr Asklepios Schroth-Team Bad Salzungen
Asklepios Therapie GmbH

Geschäftsführer: Torsten Drößiger, Norbert Schneider

Sitz der Gesellschaft: Königstein im Taunus • Registergericht: Amtsgericht Königstein im Taunus HRB 7877 • USt.-IdNr.: DE 237 013 150

Bankverbindungen:

Commerzbank; BLZ 500 800 00; Kto. Nr. 00 90 242 100,

BIC: DRESDEFFXXX, IBAN: DE40 5008 0000 0090 2421 00