

**Anmeldung:**

per Mail: [i.weinitschke@asklepios.com](mailto:i.weinitschke@asklepios.com)  
 Fax: 03695-651295  
 Postanschrift: Asklepios Therapie Dienstleistungen GmbH Bad Salzungen, Schroth-Fortbildung  
 Kurhausstraße 16, 36433 Bad Salzungen

**Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne unter: 03695-652318 oder -651396 zur Verfügung.**

<b>Ausbildung zum Schroth-Therapeuten:</b> (8-Tage-Kurs) <b>in Bad Salzungen</b>	<b>Refresher Schroth:</b> (2-Tage-Kurs)
Wunsch-Termin:	Wunsch-Termin:
Ersatz-Termin:	Ersatz-Termin:
<b>Weiterbildung mit Förderung:</b> <input type="checkbox"/> Bildungsscheck/Prämiengutschein <b>WICHTIG:</b> Ausgestellt auf die „Asklepios Therapie Dienstleistungen GmbH“	
Anlage zur Anmeldung:* <input type="checkbox"/> Berufsurkunde	Anlage zur Anmeldung:* <input type="checkbox"/> Schroth-Zertifikat

**Wichtig für Ihre Anmeldung sind die folgenden Daten – Bitte füllen Sie diese Felder gut leserlich aus! Dies sind Pflichtfelder\*!**

Vorname*	Nachname*	
Geburtsname	Geb.-Datum*	
<b>1 Praxisdaten: * (Pflichtfelder)</b>		
Name der Praxis – Stempel -: *		
Straße	PLZ	Ort
Land	Tel.-Nr.	E-Mail*
<b>2 Privatanschrift: * (Pflichtfelder)</b>		
Straße	PLZ	Ort
Land	Tel.	E-Mail*
<b>KURS - Ausbildung zum SCHROTH-Therapeuten (1550,00 €) bzw. Refresher (200,00 €):*</b>		
<b>Rechnung an:</b>		
<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Praxis	
<b>Verpflegungs-Angebot in der Katharina Schroth Klinik:</b>		
<input type="checkbox"/> KURS-Teilnehmer <b>Mittagessen 8 Tage</b> (56,00 €)	<input type="checkbox"/> Refresher-Teilnehmer <b>Mittagessen 2 Tage</b> (14,00 €)	<b>Rechnung an:</b> <input type="checkbox"/> Privat-Anschrift <input type="checkbox"/> Praxis-Anschrift
Angebot Lagerungsmaterial für die Katharina Schroth Therapie:		
<b>Reissäckchen:</b>		
Einzelpreis 3,25 € ___ Stückzahl angeben	<input type="checkbox"/> 20 Stück (a 3,10 €) Gesamt 62,00 €	<input type="checkbox"/> 50 Stück (a 2,95 €) Gesamt 147,50 €
<b>Rechnung an:</b> <input type="checkbox"/> Privat-Anschrift <input type="checkbox"/> Praxis-Anschrift		
<b>Lagerungsquader</b>		
<input type="checkbox"/> blau (klein) 48,00 € ___ Stückzahl angeben	<input type="checkbox"/> rot (groß) 55,00 € ___ Stückzahl angeben	<b>Rechnung an:</b> <input type="checkbox"/> Privat-Anschrift <input type="checkbox"/> Praxis-Anschrift
Sie wünschen ein <b>Übernachtungsangebot vom Hotel Hufeland:</b>		
vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> ohne Frühstück <input type="checkbox"/> mit Frühstück		

Mit meiner Unterschrift bestätigte ich, dass ich die AGB's der SCHROTH-Weiterbildung zur Kenntnis genommen habe und diese akzeptiere.

\*Pflichtfelder

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Teilnehmers/bzw. des Praxisinhabers

Vielen Dank für Ihre Anmeldung

Aktualisiert: 14.05.2024