

**Anmeldung:**

per Mail: [i.weinitschke@asklepios.com](mailto:i.weinitschke@asklepios.com) oder  
 Fax 03695-651295 oder -651299 oder  
 Postanschrift: Asklepios Therapie Dienstleistungen GmbH Bad Salzungen, Schroth-Weiterbildung,  
 Kurhausstraße 16, 36433 Bad Salzungen

|  |  |
|--|--|
| <b>Ausbildung zum Schroth-Therapeuten:</b><br>(8-Tage-Kurs) in Bad Salzungen   | <b>Refresher Schroth:</b><br>(2-Tage-Kurs)                             |
| Wunsch-Termin:   | Wunsch-Termin:   |
| Ersatz-Termin:   | Ersatz-Termin:   |
| <b>Weiterbildung mit Förderung:</b><br><input type="checkbox"/> Bildungsscheck/Prämiengutschein<br><b>WICHTIG:</b><br>Ausgestellt auf die „Asklepios Therapie Dienstleistungen GmbH“ |  |
| Anlage zur Anmeldung: *<br><input type="checkbox"/> Berufsurkunde  | Anlage zur Anmeldung: *<br><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: *</b> (Pflichtfelder)  |  |   |   |
| Name der Praxis – Stempel -: *   |  |   |   |
| Straße   |  | PLZ   | Ort   |
| Land   |  | Tel.-Nr.  | E-Mail*   |
| <b>2 Privatschrift: *</b> (Pflichtfelder)  |  |   |   |
| Straße   |  | PLZ   | Ort   |
| Land   |  | Tel.  | E-Mail*   |
| <b>Rechnung – Ausbildung zum SCHROTH-Therapeuten (1550,00 €) bzw. Refresher (200,00 €):*</b>   |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> Privat  |  | <input type="checkbox"/> Praxis   |   |
| <b>Verpflegungs-Angebot in der Katharina Schroth Klinik:</b>   |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> KURS-Teilnehmer<br><b>Mittagessen</b> 8 Tage<br>(56,00 €)   |  | <input type="checkbox"/> Refresher-Teilnehmer<br><b>Mittagessen</b> 2 Tage<br>(14,00 €) |   |
| <b>Rechnung an:</b><br><input type="checkbox"/> Privat-Anschrift<br><input type="checkbox"/> Praxis-Anschrift                                  |  |   |   |
| Angebot Lagerungsmaterial für die Katharina Schroth Therapie:  |  |   |   |
| <b>Reissäckchen:</b>   |  |   |   |
| Einzelpreis 3,25 €<br>____ Stückzahl angeben   | <input type="checkbox"/> 20 Stück (a 3,10 €)<br>Gesamt 62,00 € | <input type="checkbox"/> 50 Stück (a 2,95 €)<br>Gesamt 147,50 €                         | <b>Rechnung an:</b><br><input type="checkbox"/> Privat-Anschrift<br><input type="checkbox"/> Praxis-Anschrift |
| <b>Lagerungsquader</b>   |  |   |   |
| <input type="checkbox"/> blau (klein) 48,00 €<br>____ Stückzahl angeben  |  | <input type="checkbox"/> rot (groß) 55,00 €<br>____ Stückzahl angeben                   |   |
| <b>Rechnung an:</b><br><input type="checkbox"/> Privat-Anschrift<br><input type="checkbox"/> Praxis-Anschrift                                  |  |   |   |
| Sie wünschen ein <b>Übernachtungsangebot vom Hotel Hufeland</b> <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.

 \_\_\_\_\_  
 Datum

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

\*Pflichtfelder

Vielen Dank für Ihre Anmeldung

Aktualisiert: 01.09.2023