

Anmeldung: Ihre Anmeldung nehmen wir gerne per Mail: i.weinitschke@asklepios.com oder Fax 03695-651295 oder 651299 entgegen oder per Post an:
 Asklepios Klinik Bad Salzungen, Schroth-Weiterbildung, Burgseestraße 5, 36433 Bad Salzungen

<input type="radio"/> Ausbildung zum Schroth-Therapeuten (Kurs) in Bad Salzungen	<input type="radio"/> Refresher (2-Tage)
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!*

Vorname*		Nachname*	
Geburtsname		Geb.-Datum*	
1 Praxisdaten: *			
Name der Praxis -Stempel -: *			
Straße	PLZ	Ort	
Land	Tel.-Nr.	E-Mail*	
2 Privatanschrift: *			
Straße	PLZ	Ort	
Land	Tel.	E-Mail*	
Rechnung - Ausbildung zum SCHROTH-Therapeuten (1250,00 €) bzw. Refresher (200,00 €):*			
<input type="radio"/> Privat		<input type="radio"/> Praxis	
Angebot Verpflegung - Katharina Schroth Klinik: (Angebot nur für Kurs) Im Tagesablauf sind kleine Kaffee-Pausen eingeplant. Für Getränke ist während der Pausen gesorgt.			
<input type="radio"/> Mittagessen (39,20 €)		Rechnung an: <input type="radio"/> Privat-Anschrift <input type="radio"/> Praxis -Anschrift	
Angebot Reissäckchen (3 Reissäckchen erhält jeder Teilnehmer bereits als Schulungsmaterial Rechnung an:			
Einzelpreis 3,25 € ____ Stückzahl angeben	<input type="radio"/> 20 Stück	<input type="radio"/> 50 Stück <i>Siehe Angebot - bitte ankreuzen</i>	<input type="radio"/> Privat-Anschrift <input type="radio"/> Praxis -Anschrift
Angebot Lagerungsquader			
<input type="radio"/> blau (klein) 45,00 € ____ Stückzahl angeben	<input type="radio"/> rot (groß) 48,50 € ____ 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