

Anmeldung bitte senden an das Büro:



HEILPRAKTIKERSCHULE
Landsberg am Lech

Heilpraktikerschule Landsberg

Alpenstrasse 22

82152 Krailling

Fax: 089/38 15 77 999

Verbindliche Anmeldung

Seminar/Ausbildung: _____

Datum/Beginn: _____

Name/Vorname _____ Titel _____

PLZ/Ort _____ Geburtsdatum _____

Straße/Nr. _____ Telefon tagsüber _____

E-Mail _____

Beruf _____

Die Kursgebühr in Höhe von bezahle ich monatlich/komplett per

- Überweisung (muss 10 Tage vor Kursbeginn auf dem Konto eingegangen sein)
- Einzugsermächtigung

Bank _____ BIC _____

IBAN _____

Konto-Inhaber (falls nicht identisch) _____

Ich habe die in der Broschüre und auf der Homepage aufgeführten AGB und
Kündigungsbedingungen gelesen und akzeptiere diese mit meiner Unterschrift:

Ort, Datum, Unterschrift _____