

An den  
Verband Physikalische Therapie  
Landesgruppe Süd-West  
Ruwerer Str. 15  
54292 Trier

Fax: 0651-24421

**Kursanmeldung:** Hiermit melde ich mich zu folgendem/n Kurs/en an (bitte ankreuzen)

- |  |                       |
|--|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>Funktional Kinetics Basic Kurs</b>                           | <b>01.-03.04.2022</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Funktional Kinetics Workshop „von Hands-on zu Hands-off“</b> | <b>09.04.2022</b>     |
| <input type="checkbox"/> <b>Funktional Kinetics Workshop: „Therapeutische Übungen“</b>   | <b>21.05.2022</b>     |
| <input type="checkbox"/> <b>Funktional Kinetics Basic Kurs</b>                           | <b>07.-09.10.2022</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Funktional Kinetics Workshop „Therapieansätze bei COPD“</b>  | <b>15.10.2022</b>     |
| <input type="checkbox"/> <b>Funktional Kinetics Klinikkurs LWS-Becken-Beine</b>          | <b>09.-11.12.2022</b> |

Kursort jeweils: Trier

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Str.: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_  
 Physiotherapeut/in  
 Masseur/med. Bademeister/in  
 sonst. Beruf \_\_\_\_\_

Telefon-Nr \_\_\_\_\_ Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail.: \_\_\_\_\_

Mitglied im VPT  JA  NEIN

Wenn nicht Mitglied in Süd-West  
(Hessen, Rheinland-Pfalz-Saarland), dann in der Landesgruppe: \_\_\_\_\_

Mit der Anmeldung erkläre ich, dass die allgemeinen Geschäftsbedingungen mit Stand vom 30.05.2018 zur Kenntnis genommen und akzeptiert wurden.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Anmeldung: \_\_\_\_\_

**Einzugsermächtigung**

IBAN:	D	E																	
BIC:																			

Name der/des Kontoinhaber(s): \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_