

Verband Physikalische Therapie
Landesgruppe Rheinland-Pfalz-Saar
Ruwerer Str. 15
54292 Trier

Fax: 0651-24421

Kursanmeldung

Hiermit melde ich mich zu folgendem Kurs an

Kurs: **Systemische Diagnostik und Therapie der BWS**

Ort: **FQZ Trier**

Termin: 11./12.09.2021

Gebühr: M 215,-- € NM 285,--

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 Rheinland-Pfalz-Saar bitte
angeben, in welcher Landesgruppe.

in: _____

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: _____
