

## Anmeldeformular Kurse Osteopathieschule am Chiemsee

|                                |   |  |
|--------------------------------|---|--|
| <b>Name</b>                    |   |  |
| <b>Vorname</b>                 |   |  |
| <b>Straße</b>                  |   |  |
| <b>PLZ<br/>Wohnort</b>         |   |  |
| <b>Telefon / Handy</b>         |   |  |
| <b>E-Mail</b>                  |   |  |
| <b>Geburtsdatum</b>            |   |  |
| <b>Beruf</b>                   |   |  |
| <b>IBAN</b>                    |   |  |
| <b>BIC</b>                     |   |  |
| <b>Datum,<br/>Unterschrift</b> | <hr/> <b>Einzugsermächtigung für u.g. Kurs, Widerruf jederzeit möglich.</b> |  |

Bitte ankreuzen und die jeweilige Berufsurkunde als Kopie mitsenden:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arzt / Ärztin         | <input type="checkbox"/> Heilpraktiker /in                        | <input type="checkbox"/> Physiotherapeut / in |
| <input type="checkbox"/> Masseur / in          | <input type="checkbox"/> Andere medizinische<br>Ausbildung: _____ | <input type="checkbox"/> Osteopath / in       |
| <input type="checkbox"/> Ich bin selbstständig | <input type="checkbox"/> Ich bin angestellt                       |   |

Hiermit melde ich mich verbindlich für folgende Kurse an:

**Cranio Sacrale Therapie Fortbildung an der OSC in Traunstein -Kursgebühr € 220,- je Modul**

- Modul 1 23.09.-24.09.2023
- Modul 2 14.10.-15.10.2023
- Modul 3 11.11.-12.11.2023
- Modul 4 Termine sind in Planung
- Modul 5
- Modul 6
- Modul 7

-----  
**Ort, Datum**

**Unterschrift**