

Anmeldeformular Kurse Osteopathieschule am Chiemsee

Name		
Vorname		
Straße		
PLZ Wohnort		
Telefon / Handy		
E-Mail		
Geburtsdatum		
Beruf		
IBAN		
BIC		
Datum, Unterschrift		

Einzugsermächtigung für u.g. Kurs, Wiederruf jederzeit möglich.

Bitte ankreuzen und die jeweilige Berufsurkunde als Kopie mitsenden:

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ Arzt / Ärztin | ☐ Heilpraktiker /in | ☐ Physiotherapeut / in |
| ☐ Masseur / in | ☐ Andere medizinische
Ausbildung: _____ | ☐ Osteopath / in |
| ☐ Ich bin selbstständig | ☐ 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 | 20.01.-21.01.2024 |
| ☐ Modul 5 | 17.02.-18.02.2024 |
| ☐ Modul 6 | 23.03.-24.03.2024 |
| ☐ Modul 7 | 27.04.-28.04.2024 |

Ort, Datum

Unterschrift