

Anmeldeformular Kurse Osteopathieschule am Chiemsee

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

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
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:

Viscerale Techniken Fortbildung an der OSC in Traunstein -Kursgebühr € 279,- je Modul

- | | |
|----------------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Modul 1 | 08.03.-10.03.2024 |
| <input type="checkbox"/> Modul 2 | 26.04.-28.04.2024 |
| <input type="checkbox"/> Modul 3 | 07.06.-09.06.2024 |
| <input type="checkbox"/> Modul 4 | 13.09.-15.09.2024 |
| <input type="checkbox"/> Modul 5 | 18.10.-20.10.2024 |

Ort, Datum

Unterschrift