

An die

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR MEDIZINISCHE FITNESS E.V.
EUPENER STRASSE 137-139, 50933 KÖLN

ANMELDUNG ZUR WEITERBILDUNG

Name: _____

Vorname: _____

Beruf: _____

Straße: _____

Postleitzahl: _____

Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

GEWÜNSCHTE SEMINARE: 1. _____

Angaben mit Ausbildungsbeginn

2. _____

3. _____

4. _____

Lastschriftzug (einmalig)

Ratenzahlung (nur in Verbindung mit Lastschriftzug möglich)

=> bitte füllen Sie das Formular Lastschriftzug aus und legen es der Anmeldung bei)

auf Rechnung

Hiermit melde ich mich verbindlich bei der DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR MEDIZINISCHE FITNESS E.V. zu den von mir angegebenen Weiterbildungen an. Die Bedingungen, die dieser Anmeldung zu Grunde liegen und beigelegt sind (AGBs), habe ich akzeptiert. Das für die Ratenzahlung erforderliche Formular zum Lastschriftzug liegt ausgefüllt bei. Die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen ist gewährleistet.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____