

## Verbindliche Anmeldung und Vertrag für Fort- und Weiterbildung, Zahlungsaufforderung

Bitte schicken Sie das Formular vollständig ausgefüllt und unterschrieben per **Fax an 040/69 65 58-11** oder per **E-Mail an [fortbildungszentrum.hamburg@doepfer-schulen.de](mailto:fortbildungszentrum.hamburg@doepfer-schulen.de)** oder per **Post an Döpfer Fortbildungszentrum Hamburg, Friedrich-Ebert-Damm 143 – 145, 22047 Hamburg**

### Manuelle Therapie AG MT Kurs:

| Kurs-Nr.             | Kursbezeichnung      | Kursort              | Kursdatum            | Gebühr €             |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Bildungsgutschein liegt vor: ja nein

Prämiengutschein liegt vor: ja nein

Mitgliedschaft ZVK: ja nein

Absolvent/in der Döpfer Schulen: ja nein

Kooperierende/r Praxisanleiter/in der Döpfer Schulen: ja nein

|      |         |
|------|---------|
| Name | Vorname |
|------|---------|

|              |            |
|--------------|------------|
| Geburtsdatum | Geburtsort |
|--------------|------------|

|                  |
|------------------|
| Straße, PLZ, Ort |
|------------------|

|                  |               |
|------------------|---------------|
| Telefon Festnetz | Telefon Mobil |
|------------------|---------------|

|         |        |
|---------|--------|
| Telefax | E-Mail |
|---------|--------|

|                     |
|---------------------|
| Datum, Unterschrift |
|---------------------|

Mit meiner Unterschrift erkenne ich Anmelde- und Vertragsbedingungen, die zum Download bereitstehen und die Erklärung zum Datenschutz (siehe Punkt 8 der Anmelde- und Vertragsbedingungen) der Döpfer Schule Hamburg an.

Ort/Datum

Unterschrift

### Abweichende Rechnungsadresse

|      |            |           |
|------|------------|-----------|
| Name | Praxisname | Anschrift |
|------|------------|-----------|

