

ANMELDUNG

Vorname, Nachname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Telefax

Mobil

E-Mail



ZENTRUM DER REHABILITATION

Karolingerstraße 32

75177 Pforzheim

ANMELDUNG

HIERMIT MELDE ICH MICH VERBINDLICH AN FÜR:

KURS-NR:

TITEL:

ICH BIN:

- Arzt/Ärztin
- Therapeut/Therapeutin
- Pfleger/Pflegerin
- Betroffener/Betroffene
- Angehöriger/Angehörige
-

- Bitte informieren Sie mich über Unterkunftsmöglichkeiten
- Ich interessiere mich für das Franchising-Konzept
- Bitte senden Sie mir regelmäßig Ihren Newsletter zu

- Ich erkläre mich mit den allgemeinen Geschäftsbedingungen einverstanden.

Datum, Unterschrift

Bitte senden Sie diese Anmeldung bis spätestens 10 Wochen vor Kursbeginn an die umseitige Adresse oder melden Sie sich online an unter:

www.zentrum-der-rehabilitation.de