

# ANMELDEFORMULAR für Rückbildungsgymnastik



CHRISTINA  
HOFMANN  
Hebammen

BITTE DIESES FORMULAR IN DER PRAXIS ABGEBEN ODER AN DIE UNTEN ANGEGEBENE ADRESSE SCHICKEN.

Hiermit melde ich mich verbindlich zum unten genannten Rückbildungsgymnastikkurs an und erkläre mich mit den Teilnahmebedingungen einverstanden.

KURSWOCHENTAG: \_\_\_\_\_ DATUM: \_\_\_\_\_

NAME: \_\_\_\_\_ VORNAME: \_\_\_\_\_

STRASSE / HAUS-NR.: \_\_\_\_\_ HAUS-NR.: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ ORT: \_\_\_\_\_

E-MAIL ADRESSE: \_\_\_\_\_

GEBURTSDATUM TEILNEHMERIN: \_\_\_\_\_

TELEFON: \_\_\_\_\_ MOBIL: \_\_\_\_\_

VERSICHERTENNUMMER: \_\_\_\_\_

KRANKENKASSENUMMER: \_\_\_\_\_

KRANKENKASSE: \_\_\_\_\_

STATUS: \_\_\_\_\_ GÜLTIGKEIT: \_\_\_\_\_

GEBURTSDATUM DES KINDES: \_\_\_\_\_

Bitte beachten Sie folgende Teilnahmebedingungen:

- Die Anmeldung ist nur für die gesamte Kursdauer möglich.
- Versäumte Stunden (egal aus welchem Grund) werden der Teilnehmerin privat in Rechnung gestellt.
- Mit dem Zurücksenden Ihres Anmeldeformulars wird die Anmeldung gültig.
- Bis zu 3 Wochen vor Kursbeginn können Sie von Ihrer Anmeldung zurücktreten.

ORT / DATUM / UNTERSCHRIFT: \_\_\_\_\_

Zinkenweg 6  
78628 RW-Hausen  
Fon 0741-1755655  
Mobil 0175-8730935  
info@hebamme-christinahofmann.de  
www.hebamme-christinahofmann.de