

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 (siehe Behandlungsvertrag) einverstanden.

KURSWOCHENTAG: _____ DATUM: _____

NAME: _____ VORNAME: _____

STRASSE / HAUS-NR.: _____ HAUS-NR.: _____

PLZ: _____ ORT: _____

E-MAIL ADRESSE: _____

GEBURTSDATUM TEILNEHMERIN: _____

TELEFON: _____ MOBIL: _____

VERSICHERTENNUMMER: _____

KRANKENKASSENUMMER: _____

KRANKENKASSE: _____

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