



Bergedorfer Schlossstrasse 33 • 21029 Hamburg  
Tel. 040/7211008 • Fax 040/72692583

## Anmeldung

Name: .....

Vorname: .....

Straße: .....

PLZ – Wohnort: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

Kurs: .....

.....

Berufsbezeichnung:

Bitte ankreuzen!

- PhysiotherapeutIn
- SportlehrerIn
- MasseurIn u. med. BademeisterIn
- sonstige Berufsgruppe: .....

Die Teilnahmebedingungen habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne sie an.

Datum/ Unterschrift: .....

Nur für eventl. Rücküberweisungen bei Ausfall einer Veranstaltung – keine Einzugs-  
ermächtigung.

Bankverbindung: .....

Kontonummer: .....

BLZ: .....