



FAX-Antwort an 04950 – 99 07 84

Seminaranmeldung

Hiermit melde ich mich (Titel, Vorname und Nachname):

Straße und Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon Arbeit: _____ Telefon privat: _____

Email: _____

Geburtsdatum: _____

- Zum Seminar: Chirotherapie Grundkurs
 Chirotherapie Aufbaukurs
 Refresher-Seminar

Kurstermin: _____

in Leer/Ostfriesland bei **punkt.** an.

Den Seminarbeitrag überweise ich umgehend an Dr. Christoph Seeber, Konto 0303688402 bei der Deutschen Apotheker und Ärztebank (BLZ 300 606 01), **IBAN** DE72 3006 0601 0303 6884 02 **BIC** DAAEDED. Genauere Unterlagen erhalte ich nach Eingang des Seminarbeitrags. Um eine eventuell erforderliche Unterkunft kümmere ich mich selbst.

Ich habe den **punkt.**-Seminarvertrag auf der Internetseite gelesen und bin mit den Bedingungen einverstanden.

Ort, Datum _____ **Unterschrift** _____

punkt.