

Kursanmeldung

Teilnehmerdaten:

Name, Vorname _____

Praxis/ Schule/etc. _____

Straße Hausnummer _____

PLZ / Ort _____

Telefon privat _____

Telefon dienstlich _____

E-mail / Fax _____

Beruf _____

Hiermit nehme ich verbindlich am Kurs:

Pädiatrie und Neurologie ABC für die ergotherapeutische Praxis

Kursort: Praxis für Ergotherapie und Logopädie / Jahnstraße 5 / 97461 Hofheim

Kosten: 340,00 €

Die Teilnahmebedingungen erkenne ich an.

Datum Unterschrift.....

Teilnahmebedingungen: Nach schriftlicher Anmeldung erhalten Sie von uns eine Seminarplatzreservierung nebst Rechnung. Somit überweisen Sie die Gebühr auf das untenstehende Konto. Bei Rücktritt des Teilnehmers bis 2 Wochen vor Kursbeginn, ist eine Bearbeitungspauschale von 30.- Euro fällig. Bei späterem Rücktritt verrechnen wir die Gebühr in voller Höhe, es sei denn, eine Ersatzperson tritt ein. Wenn der Kurs z.B. durch Krankheit des Referenten oder zu geringe Anzahl an Teilnehmern abgesagt werden muss, erhalten Sie Ihre Anmeldegebühr umgehend zurück. Der Teilnehmer ist grundsätzlich für seinen Versicherungsschutz (Unfall, Haftpflicht, Diebstahl) selbst verantwortlich.

Bankverbindung: Praxis für Ergotherapie Tampe Markus
Sparkasse Ostunterfranken
IBAN DE12 7935 1730 0009 2934 65