

KURSANMELDUNG / EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit melde ich mich verbindlich für den folgenden Kurs an:

Kursbezeichnung(vollständiger Kursname).....

Kursstart:.....

Gebühr/EUR:.....

Name	
Straße, Hausnr.	
PLZ, Ort	
Telefon	
eMail-Adresse	

**Die Kursmodalitäten sind mir bekannt,
mit meiner Unterschrift akzeptiere ich sie:**.....

Zahlungsweise: Bar O / EC O / Einzug O

Hiermit ermächtige ich das medic.os Bad Iburg in der Dörenberg-Klinik, widerruflich, die von mir zu entrichtende Kursgebühr von meinem nachstehend angegebenen Girokonto per Lastschrift einzuziehen.

Kontoführendes Institut	
Kto. Nr.	
BLZ	
Name Kontoinhaber/in	

Ort:..... Datum:.....

Unterschrift Kontoinhaber/in:.....

medic.os Bad Iburg
Am Kurgarten 7
49186 Bad Iburg
Tel: 05403-402 578
Fax: 05403-402 616

www.medicos-badiburg.de
eMail: medic.os-badiburg@doerenberg-klinik.de