

Anmeldung zur Fortbildung  
**funktionelle muskeltherapie nach tamura®**

Fortbildungstermin/Kurs: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Meine Anmeldung ist verbindlich.

Den Betrag von \_\_\_\_\_ Euro überweise ich bis spätestens 3 Wochen vor Kursbeginn an die fmt-Praxis (die Kontodaten erhalte ich mit der Anmeldebestätigung).

Sie haben das Recht, binnen vierzehn Tagen ohne Angabe von Gründen diesen Vertrag zu widerrufen. Bei Rücktritt später als 6 Wochen vor Kursbeginn wird eine Bearbeitungsgebühr von 50,- Euro erhoben. Bei Absage später als 3 Wochen vor Kursbeginn wird die gesamte Kursgebühr fällig. Die Teilnahme an der Veranstaltung erfolgt auf eigenes Risiko. Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die allgemeinen Geschäftsbedingungen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Praxis für funktionelle muskeltherapie nach tamura®, Bernstorffstr. 34, 29221 Celle  
Tel: 0171 5203164, E-mail: tamura@muskeltherapie.com, [www.muskeltherapie.com](http://www.muskeltherapie.com)

Nach Eingang Ihrer Anmeldung erhalten Sie eine Bestätigung per **E-mail** (oder, wenn keine email Adresse vorhanden, per Post)

**Sollten Sie die Anmeldebestätigung nicht erhalten, kontaktieren Sie uns bitte!**

Eventuelle Änderungen teilen wir Ihnen spätestens 3 Wochen vor Kursbeginn mit.



Von fmt-Praxis auszufüllen

Anmeldebestätigung gesendet am _____ per _____	Lesebestätigung erhalten am _____
Gebühr eingegangen am _____	Weitere Benachrichtigung: