

Heilpraktikerschule Düsseldorf  
Thomas Kleiböhmer  
Kurfürstenstr. 14  
40211 Düsseldorf

Absender:

Name

Straße

PLZ / Ort

Telefon

Bitte stecken Sie mich in einen Fensterumschlag

Bitte hier falten

Meine verbindliche Anmeldung zu folgenden Seminaren / Ausbildungen:

am

EUR

am

EUR

am

EUR

- Bitte schicken Sie mir einen Vertrag für die Heilpraktiker- / Psychotherapie-Ausbildung  
 Ich möchte in Ihren Verteiler aufgenommen werden. Bitte schicken Sie mir regelmäßig Informationen. Besonders interessiert mich:

Senden Sie mir ..... Programme zum Weitergeben.

Bitte hier falten

gewünschte Zahlungsweise:

- Verrechnungsscheck liegt bei  
 per Bankeinzug von meinem Konto

KontoinhaberIn:

Kontonummer:

Kreditinstitut

Bankleitzahl:

Mit dem Absenden meiner Anmeldung erkenne ich die im Internet unter <http://www.heilpraktikerschule-duesseldorf.de/termin-teilnahmebed.htm> veröffentlichten Teilnahmebedingungen an.

Ort / Datum

Unterschrift