

Anmeldung
für das Wochenend-Seminar
“Praxisgründung - Praxisführung”

Dr. Siegfried Kittmann

In der Wasserwiese 1

82481 Mittenwald

Dr. Siegfried Kittmann

Tel.Nr.: 08823/94062

Email: Dr.Kittmann@t-online.de

Absender

Name, Vorname _____

Anschrift _____

Telefon, Email _____

Hiermit melde ich mich verbindlich an für das Seminar “Praxisgründung / Praxisführung” mit Start am _____

Ich möchte eine Seminarrücktrittsversicherung (11,- Euro) abschließen. **Ja** **Nein**

Gemeinsame Veranstalter und Referenten des Seminars sind Dr. Siegfried Kittmann und Anne Lindenberg, IN HOPE.

Veranstaltungsort ist der Schulungsraum des IN HOPE, Schleißheimer Str. 186 in 80797 München.

Für das Seminar gelten die Spielregeln des IN HOPE, wie sie auf der Internetpräsenz www.psycho-holistik.de/organisation-spielregeln.html zu finden sind.

Ich erkläre hiermit, dass mir die Spielregeln des IN HOPE bekannt sind und akzeptiere sie als gültigen Vertragsbestandteil.

Gebühren / Anzahlungen überweisen Sie bitte auf:

Dr. Siegfried Kittmann

KontoNr. 103754

Bankleitzahl 70350000

Kreissparkasse Garmisch-Partenkirchen

Verwendungszweck: Ihr Name, “Praxisgründung”

Bitte drucken Sie diese Seite zweimal aus, füllen sie aus und schicken uns eine Seite.

Das andere Exemplar ist für Ihre Unterlagen!

Ort, Datum _____

Unterschrift _____