Verband Physikalische Therapie Landesgruppe Süd-West Ruwerer Str. 15 54292 Trier

## Kursanmeldung

Name der/des Kontoinhaber(s):

Unterschrift:

Datum:

Hiermit melde ich mich zu folgendem Kurs an

Kurs:	Systemische Diagnostik und Therapie der LWS	
	Ort: <b>FQZ Trier</b> Gebühr: M 325 € NM 415,	Termin: 1618.06.2023
Name:		Vorname:
Str.:		PLZ/Wohnort:
GebDat.:		<ul> <li>□ Physiotherapeut/in</li> <li>□ Masseur/med. Bademeister/in</li> <li>□ sonst. Beruf</li> </ul>
Telefon-Nr_		Fax-Nr.:
Wenn nicht Mangeben, in w	VPT □ JA □ NI Mitglied in Süd-West bitte velcher Landesgruppe.  eldung erkläre ich, dass die allge ommen und akzeptiert wurden.  Unterschrift Anmeldun	in:emeinen Geschäftsbedingungen mit Stand vom 06.09.2022 zur
	Einzugsermächtigu	ung
IBAN: C	DE L	

Fax: 0651-24421