ANMELDEFORMULAR

An den Gesundheits-Campus Fischamend

Gregerstraße 32
2401 Fischamend
Fax: **02232/77904-5**

Ich melde mich hiermit ***verbindlich*** für folgendes Seminar an:

SEMINARDATEN

Kursnummer oder Titel	Termin	Preis

TEILNEHMERDATEN

Nachname	Vorname	Titel
Adresse	PLZ	Ort
Telefon- Mobilnummer	E-Mail	Kundennummer (falls bekannt)

Die Anmeldung ist gültig nach Erhalt des vollständig ausgefüllten Anmeldeformulars und dem Eingang des Kursbeitrages bei

RAIKA FISCHAMEND, BLZ 32823 Kontonummer: 1946847

unter Angabe der Kursnummer und des Teilnehmernamens. Danach erhalten sie von uns eine **verbindliche** Anmeldebestätigung (per Mail oder Post). Wir behalten uns vor, im Falle einer Überbuchung einen Ersatztermin anzubieten. Falls Sie diesen Termin nicht wahrnehmen können oder möchten, werden Ihnen die gesamten bezahlten Kurskosten innerhalb von 7 Werktagen rückerstattet.

_____ _____

Ort / Datum Unterschrift

Es gelten die AGB's wie unter http://www.gesundheits-campus.at/agb.htm beschrieben.