

# Dr.-Florenz-Seminare

Vorbereitung auf die amtsärztliche Überprüfung zum Heilpraktiker

in \_\_\_\_\_

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Geburtsdatum und Geburtsort \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

Telefon und Fax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Anmeldung bitte per E-Mail oder Fax

Sie erhalten eine schriftliche Bestätigung.

Für Unterkunft und Verpflegung sorgt jeder Seminarteilnehmer selbst und auf eigene Rechnung. Bei Ihrer verbindlichen Anmeldung wird eine Anzahlung in Höhe von € 125,- fällig. Des Restbetrag bitte ich vor Seminarbeginn auf das o.g. Konto zu überweisen oder am 1. Seminartag in bar zu entrichten. Vielen Dank.

Sollte das Seminar meinerseits wegen Krankheit oder zu geringer Teilnehmerzahl abgesagt werden, wird Ihnen die Anzahlung und die evtl. schon gezahlte Seminargebühr umgehend erstattet.

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

Dr. Florenz Seminare  
Haydnweg 6  
31737 Rinteln  
Tel./Fax: +39 0932909268  
Mobil: +49 172 1757217  
DrFlorenz@t-online.de

Bankverbindung  
Sabine Florenz  
Kto. 800 336 807  
BLZ 700 100 80  
Postbank München

