

## ANMELDUNG

Name \_\_\_\_\_  
Strasse \_\_\_\_\_  
Land / PLZ / Ort \_\_\_\_\_  
Tel. Privat / Mobil \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Geb. Datum \_\_\_\_\_  
Beruf \_\_\_\_\_

Versicherung ist Sache des Teilnehmenden. Bei Rücktritt infolge Unfall/Krankheit  
(nur mit Arzzeugnis) erfolgt eine Rückzahlung in gegenseitiger Absprache.  
Meine Anmeldung ist verbindlich. Ich anerkenne die Kurskonditionen.

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