



## PHYSIOPARTNER

---

Physio Service GmbH  
Martin-Luther-Straße 57  
71636 Ludwigsburg

**FAX: 07141.866085.99**

### ANMELDUNG SEMINAR / WORKSHOP

Hiermit melde ich mich/uns verbindlich zu folgendem Seminar/WorkShop an:

Seminar: **Taktumstellung**

Ort: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Teilnehmerbeitrag: **€ 98,- pro Person**

Anzahl Personen: \_\_\_\_\_

Name der Personen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die Teilnahme ist erst nach Zusendung der Auftragsbestätigung möglich. Den Teilnehmerbetrag zuzüglich der gesetzlichen Mehrwertsteuer werde ich nach Erhalt der Auftragsbestätigung/Rechnung überweisen.

### Absender

Name der Praxis: \_\_\_\_\_

Inhaber/Geschäftsführer: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon, Telefax: \_\_\_\_\_

eMail: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

---

Unterschrift, Stempel