



## Anmeldeformular

### zur Fortbildung „Schroth-Therapeut“

Dreidimensionale Skoliosebehandlung nach Katharina Schroth

Korczakstr. 2

55566 Bad Sobernheim

Tel.: +49 6751-874 - 0

Fax: +49 6751-874 - 170

[www.asklepios.com/BadSobernheim](http://www.asklepios.com/BadSobernheim)

[www.skoliose.com](http://www.skoliose.com)

|                |     |
|----------------|-----|
| Kurs-Nr.       | vom |
| Ersatzkurs-Nr. | vom |

#### Privatanschrift:

|             |                               |                              |
|-------------|-------------------------------|------------------------------|
| Anrede:     | Frau <input type="checkbox"/> | Her <input type="checkbox"/> |
| Name:       | Vorname:                      |                              |
| Geb.-Datum: | E-Mail:                       |                              |
| Straße:     | PLZ:                          | Ort:                         |
| Land:       | Tel:                          |                              |

#### Praxisanschrift:

|  |                          |                               |
|--|--------------------------|-------------------------------|
| Name der Praxis:                           |                          |                               |
| Straße:                                    | PLZ:                     | Ort:                          |
| Land:                                      | Tel:                     |                               |
| <b>Rechnungsanschrift über 1.550,00 €:</b> |                          | <b>Bildungsscheck:</b>        |
| an Privat                                  | <input type="checkbox"/> | Ja <input type="checkbox"/>   |
| an Praxis                                  | <input type="checkbox"/> | Nein <input type="checkbox"/> |

Die Anzahlung über 250,00 € ist direkt mit Erhalt der Anmeldebestätigung und Rechnung innerhalb von 14 Tagen zu überweisen. Die restliche Kursgebühr in Höhe von 1.300,00 € ist spätestens 6 Wochen vor Kursbeginn fällig und muss auf u. g. Konto **unter Angabe des vollständigen Teilnehmernamens und dem Vermerk „Fortbildung Schroth-Therapeut“** fristgerecht eingegangen sein, ansonsten verfällt der Anspruch auf den reservierten Kursplatz.

#### Folgende Unterlagen müssen der Anmeldung beigelegt werden:

- **Kopie Berufsurkunde**
- **Bestätigung Arbeitgeber über ambulante Tätigkeit in Praxis**

**Hiermit bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich mit den AGB´s und der Weitergabe meiner persönlichen Daten an die Teilnehmer des gleichen FBS Kurses für mögliche Fahrgemeinschaften einverstanden bin. Die Datenschutzerklärung habe ich zur Kenntnis genommen.**

Ort, Datum

Asklepios Katharina-Schroth-Klinik GmbH  
Sitz der Gesellschaft: Königstein/Ts.

Registergericht: Amtsgericht Königstein  
HRB11068

Unterschrift des Teilnehmers

Geschäftsführer:  
Norbert Schneider, Annett Traue

Bankverbindung: Commerzbank  
IBAN: DE69 5008 0000 0090 1374 00  
BIC/Swift-Code: DRESDEFFXXX

USt.-IdNr.: DE236792342  
St.-Nr.: 06 355 8899 5  
IK Nr: 260 710 602

