

# Kursanmeldung

Bezeichnung	
-------------	--

## Teilnehmerangaben

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse „ Nr.	
PLZ + Ort	
E-Mail	
Geburtsdatum	

- Ich habe die allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) und Informationen durchgelesen und akzeptiere sie.
- Ich wünsche eine Kursbestätigung.

Ort/Datum

Unterschrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anmeldung senden an:

Christa Pütz  
Dätwylerstrasse 9  
6460 Altdorf

041 870 83 20  
info@osteopathie-uri.ch