

SEMINARANFRAGE

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Name / Vorname

Firma *

Kunden-Nr. *

Straße / Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon *

E-Mail *

* Pflichtfelder

ICH HABE INTERESSE AN FOLGENDEM KURS

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> INSTRUMENTALISIERTE MANUELLE THERAPIE (TMI) | <input type="checkbox"/> LAVASHELL® |
| <input type="checkbox"/> LYMPHTAPING | <input type="checkbox"/> TRADITIONELLE KRÄUTERSTEMPEL – SAMUN PRAI |
| <input type="checkbox"/> EASYTAPING® | <input type="checkbox"/> FASZIENMANIPULATION |
| <input type="checkbox"/> EASYFLOSSING | <input type="checkbox"/> WEITERER KURS: _____ |

BEMERKUNG:

Ich willige der Speicherung meiner Angaben ein.

Ja, ich möchte den cosiMed Newsletter erhalten.

DATUM, UNTERSCHRIFT _____

