



**MVCLINIC**  
Institute of Invasive  
Physiotherapy

### ANMELDEFORMULAR

KURS-AUSGABE: \_\_\_\_\_

VORNAME: \_\_\_\_\_

NACHNAME: \_\_\_\_\_

EMAIL ADRESSE: \_\_\_\_\_

HANDYNUMMER: \_\_\_\_\_

ARBEITSORT: \_\_\_\_\_

HIERMIT ERKLÄRE ICH, DASS ICH DIE AGB GELESEN HABE UND SIE VORBEHALTLOS ANNEHME.

Die endgültige Teilnahmebestätigung wird erst nach Zahlung der vollständigen Anmeldegebühr garantiert

#### BEIZUFÜGENDE

- STUDIENDIPLOM
- BELIEBIGE ZERTIFIKATE



GE HealthCare