



**Praxis für  
Physiotherapie**

**Manuela  
Imminger**

Gebbertstraße 54  
91052 Erlangen  
Tel.: 09131-97 98 700  
Fax: 09131-97 98 701  
www.physiotherapie-imminger.de  
behandlung@physiotherapie-imminger.de  
StNr. 21626510490

**Anmeldung**

**Kurs:**

**Leitung:**

**Beginn:**

**Dauer: 12 x 60 Min;**

**Kosten: 120,- Euro**

Die Kursgebühr überweise ich bis spätestens **den**  
auf das Konto bei der Commerzbank **Praxis für Physiotherapie Manuela  
Imminger, Kto.: 0545660500 BLZ:76080040.**  
**IBAN:DE73 7608 0040 0545 6605 00; BIC: DRES DEFF 760**

---

Die Anmeldung ist mit Leistung der Unterschrift wirksam. Wenn ein Teilnehmer verhindert ist und sich kein Ersatzteilnehmer findet, werden die Kursgebühren nicht zurückerstattet.  
Ich bin damit einverstanden, dass Kursgebühren, in denen ich verhindert bin, nicht erstattet werden.

Hiermit melde ich mich zum Kurs Rückenfitness verbindlich an.

Kursdatum: \_\_\_\_\_

Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

(mobil): \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie diesen Anmeldebogen ausgefüllt zurück oder schicken Sie ihn per Post oder Fax. Die Teilnehmer werden in der Reihenfolge ihrer Anmeldungen aufgenommen und über die Teilnahme informiert. Bei sehr großer Nachfrage bemühen wir uns um einen Ersatzkurs und benachrichtigen Sie.

Bankverbindung: IBAN:DE73 7608 0040 0545 6605 00; BIC:DRESDEFF760