

Verbindliche Kursanmeldung

Kursbezeichnung: _____ Kurs-Nr.: _____

Name: _____

Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon*: _____ Handy*: _____

E-Mail*: _____

*damit wir Sie bei Kursausfall schnellstens benachrichtigen können!

- Ich willige ein, dass das Gesundheitszentrum im Krankenhaus Porz am Rhein meine Kontaktdaten zum Zwecke der Kursanmeldung und Kommunikation speichert und verarbeitet. Die Datenschutzerklärung unter: www.gesundheitszentrum-khporz.de habe ich gelesen.

Online-Anmeldung:
www.gesundheitszentrum-khporz.de

Hiermit erlaube ich dem Krankenhaus Porz am Rhein einmalig die Kursgebühr (Abbuchung erfolgt frühestens 5 Tage nach Kursbeginn) in Höhe von

Euro _____ zu Kursbeginn abzubuchen. Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

