

# Kursanmeldung

bitte *SENDEN* oder *FAXEN* Sie diese an:

D. Hofstetter  
Klinik am Steigerwald  
97447 Gerolzhofen

**FAX 09382 949 209**

---

Kursname/Monat

---

Ich nehme teil (Name)

---

Strasse

---

Ort, PLZ

---

Telefon

---

email

*Mit dem Einzug der Kursgebühren nach Beendigung des Kurses bin ich einverstanden. Meine Bankverbindung lautet:*

---

*Bank/ Bankleitzahl*

---

*Konto/Kontoinhaber*

---

*Ort/Datum/Unterschrift*

*Bemerkungen/Vorschläge/Anregungen/Bitten – s. Rückseite:*

Wie, z.B. haben Sie von unseren Veranstaltungen erfahren?  
Wo, z.B. könnte man die Kursprogramme auslegen?