

Anmeldung:

per Mail: i.weinitschke@asklepios.com
 Fax: 03695-651295
 Postanschrift: Asklepios Therapie Dienstleistungen GmbH Bad Salzungen, Schroth-Fortbildung
 Kurhausstraße 16, 36433 Bad Salzungen

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne unter: 03695-652318 oder -651396 zur Verfügung.

Ausbildung zum Schroth-Therapeuten: (8-Tage-Kurs) in Bad Salzungen	Refresher Schroth: (2-Tage-Kurs)
Wunsch-Termin:	Wunsch-Termin:
Ersatz-Termin:	Ersatz-Termin:
Weiterbildung mit Förderung: <input type="checkbox"/> Bildungsscheck/Prämiengutschein WICHTIG: Ausgestellt auf die „Asklepios Therapie Dienstleistungen GmbH“	
Anlage zur Anmeldung:* <input type="checkbox"/> Berufsurkunde	Anlage zur Anmeldung:* <input type="checkbox"/> Schroth-Zertifikat

Wichtig für Ihre Anmeldung sind die folgenden Daten – Bitte füllen Sie diese Felder gut leserlich aus! Dies sind Pflichtfelder*!

Vorname*		Nachname*	
Geburtsname		Geb.-Datum*	
1 Praxisdaten: * (Pflichtfelder)			
Name der Praxis – Stempel -: *			
Straße		PLZ	Ort
Land		Tel.-Nr.	E-Mail*
2 Privatanschrift: * (Pflichtfelder)			
Straße		PLZ	Ort
Land		Tel.	E-Mail*
KURS - Ausbildung zum SCHROTH-Therapeuten (1550,00 €) bzw. Refresher (200,00 €):*			
Rechnung an:			
<input type="checkbox"/> Privat		<input type="checkbox"/> Praxis	
Verpflegungs-Angebot in der Katharina Schroth Klinik:			
<input type="checkbox"/> KURS-Teilnehmer Mittagessen 8 Tage (56,00 €)		<input type="checkbox"/> Refresher-Teilnehmer Mittagessen 2 Tage (14,00 €)	
Rechnung an:			
<input type="checkbox"/> Privat-Anschrift			
<input type="checkbox"/> Praxis-Anschrift			
Angebot Lagerungsmaterial für die Katharina Schroth Therapie:			
Reissäckchen:			
<input type="checkbox"/> 03 Stück Einzelpreis a 4,80 € = 14,40 €		Rechnung an:	
<input type="checkbox"/> 10 Stück a 4,70 € = 47,00 €		<input type="checkbox"/> Privat-Anschrift	
<input type="checkbox"/> 20 Stück a 4,50 = 90,00 €		<input type="checkbox"/> Praxis-Anschrift	
Lagerungsquader			
<input type="checkbox"/> blau (klein) 48,00 €		<input type="checkbox"/> rot (groß) 55,00 €	
___ Stückzahl angeben		___ Stückzahl angeben	
Rechnung an:			
<input type="checkbox"/> Privat-Anschrift			
<input type="checkbox"/> Praxis-Anschrift			
Sie wünschen ein Übernachtungsangebot vom Hotel Hufeland:			
vom _____ bis _____ <input type="checkbox"/> ohne Frühstück <input type="checkbox"/> mit Frühstück			

Mit meiner Unterschrift bestätigte ich, dass ich die AGB´s der SCHROTH-Weiterbildung zur Kenntnis genommen habe und diese akzeptiere.

*Pflichtfelder

Datum

Unterschrift des Teilnehmers/bzw. des Praxisinhabers

Vielen Dank für Ihre Anmeldung

Asklepios Therapie Dienstleistungen GmbH
Sitz der Gesellschaft: Königstein im Taunus

Registergericht: Amtsgericht Königstein im
Taunus HRB 11282

Geschäftsführer:
Martin Merbitz, Norbert Schneider

Aktualisiert: 14.05.2024

Bankverbindung: Commerzbank Frankfurt-
Fürstenhof
IBAN: DE48 5008 0000 0090 1209 00
BIC/Swift-Code: DRESDEFFXXX

St.-Nr.: 003 228 49393