

Mail: chr.hofmann_schaefer@freenet.de Mobil: 0170/938 96 92 Fax: 03222-1757799

Kursanmeldung

| | |
|-------------------------|---|
| Kursbezeichnung: | <i>Babyschwimmen /Eltern-Kind-Schwimmen Hilders</i> |
| Dauer: | <i>7 Termine 45 min. 110€</i> |
| Kursbeginn: | <i>Zzgl. 3,50€ Eintritt bar am jeweiligen Kurstag</i> |

Bitte geben Sie hier Ihre persönlichen Daten ein.

| | |
|---------------------------------------|--|
| Anrede: | |
| Vorname: | |
| Nachname: | |
| Straße: | |
| PLZ und Ort: | |
| Telefon + Handy: (freiwillige Angabe) | |
| Entbindungstermin: | |
| Geburtsdatum:(TT.MM.JJJJ) | |
| (freiwillige Angabe) | |
| E-Mail: | |

Angaben zum Kind

| | |
|-----------------------------|--|
| Vorname: | |
| Nachname (falls abweichend) | |
| Geburtsdatum: (TT.MM.JJJJ) | |
| (freiwillige Angabe) | |

Einzugsermächtigung

| | |
|-------------------------------------|-----------------|
| Iban: | |
| Bic: | |
| Name der Bank: | |
| Kontoinhaber/in: (falls abweichend) | |
| Betrag: | 110 Euro |

_____ Datum
_____ Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass die Hebammenpraxis Klapperstorch / Babymove mich per Post und /oder Email über neue Kurse und Vorträge informiert und ich in eine Whatsapp Gruppe aufgenommen werde.

Unterschrift