



## Anmeldung

|          |        |
|----------|--------|
| Name     |        |
| Vorname  |        |
| Straße   |        |
| PLZ, Ort |        |
| Telefon  | E-Mail |

Ich melde mich für folgende Ausbildung(en) an

Unterschrift

|                                                                                                                                                                                                |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Phytotherapie-Ausbildung</b> (15 Kurstage, 3 Exkurs.),<br>Jeweils mittwochs von 8.15 – 13.15 Uhr<br>Beginn 15.04.2026, 1.380 €                                                              |  |
| <b>Injektionskurs / Spritzenscheinkurs</b><br>20./21.06.2026 (Sa / So)<br>9.00-16.00 Uhr, Kosten: 220 €                                                                                        |  |
| <b>Injektionskurs / Spritzenscheinkurs</b><br>11./12.09.2026 (Fr/Sa)<br>Fr 14.00-21.00 Uhr, Sa 9.00-16.00 Uhr<br>Kosten: 220 €                                                                 |  |
| <b>Homöopathie-Einführungskurs 2026</b> (6 Termine)<br>Freitags 8.15-13.15 Uhr 1 x im Monat, 480 €<br>Termine 2026: 25.09., 30.10., 27.11., 11.12.2026,<br>sowie 2 weitere Termine Anfang 2027 |  |
| <b>Chiropraktik-Ausbildung, Modul 1</b> (7 Kurstage),<br>Jeweils dienstags von 8.15 – 13.15 Uhr,<br>Beginn 03.11.2026, 560 €                                                                   |  |

Ich bin an folgenden anderen Ausbildungsangeboten interessiert:

Ort, Datum

Unterschrift