

Anmeldeformular...



Kursbezeichnung

Kursbeginn

Kursort

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Wohnort

Telefonnummer

E-Mail

Name der Krankenkasse

Versichertennummer

Berechneter Entbindungstermin / Geburtsdatum des Kindes

Ich habe die AVB (www.family-hebammen.de/avb/) zur Kenntnis genommen und akzeptiere diese.

Datum

Unterschrift

Bitte vollständig ausfüllen und per Post, Fax oder persönlich zustellen an:

Gerlinde Wascher-Ociepka

Vor den Hasseln 15

57334 Bad Laasphe

Telefon: 0 27 52 - 72 25

Fax: 0 27 52 - 20 02 40