
Kursbezeichnung

Kursbeginn

Kursort

Name, Vorname der Mutter

Name des Kindes

Geburtsdatum der Mutter

Geburtsdatum des Kindes

Straße, Nr.

PLZ, Wohnort

Telefonnummer

E-Mail

Name der Krankenkasse

Versichertennummer

Die Kursgebühr in Höhe von 50,- € entrichte ich am ersten Kurstermin.

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