

# Anmeldung

## Einführung in der Wasserspezifischen Therapie-Halliwick und Aqua-T-Relax

Hiermit melde ich mich verbindlich für die Halliwick-Fortbildung am 14. – 16. Juni 2019 an der Klinik Hohe Warte / Bayreuth an. Die Teilnahmegebühr beträgt 200,- €.

Name: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Die Anmeldebestätigung erfolgt nach Eingang der Zahlung von **200,- €** auf folgendes Konto:

**IBAN:** DE05 7735 0110 0009 0155 53  
**BIC:** BYLA DEM1 SBT  
**Empfänger:** Klinikum Bayreuth GmbH  
**Verwendungszweck:** 379 932 / Name

Anmeldung bitte

per Fax an: 0921-400 883330

oder

per mail an: sporttherapie@klinikum-bayreuth.de

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift