## ursprogramm ab Januar 2025\*



## Kursanmeldung



Ich möchte mich zu folgendem Kurs anmelde	en:  Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass meine Angaben
Kurstitel:	korrekt sind.
Tag:	— Weiterhin habe ich zur Kenntnis genommen, dass eine Abmeldung vom
Uhrzeit:	Kurs nur bis 14 Tage vor Kursbeginn möglich ist. Danach wird eine  Bearbeitungsgebühr von 10€ fällig. <b>Mit Kursbeginn bin ich verpflichtet</b> ,
Startdatum:	
	Ein Wechsel in einen anderen Kurs oder das Nachholen einzelner
Meine Kontaktdaten	Termine zu anderen Kurszeiten ist generell <u>nicht</u> möglich.
Name, Vorname:	Eine Anmeldung ist auch per Mail an doeben@soestvital.de möglich.
Geburtsdatum:	Mündliche Anmeldungen nehmen wir nicht mehr entgegen.
Adresse:	
	Ihre Daten werden nur für die angegebenen Zwecke gespeichert und verarbeitet.
Telefonnummer:	
Ort, Datum	Unterschrift

## Gesundheitszentrum der KSS Klinikum Stadt Soest Service GmbH

Senator-Schwartz-Ring 8
59494 Soest
IK: 444 590 411
① 0 29 21 90-20 66
② 0 29 21 90-15 55
Mail: info@soestvital.de

Internet: www.soestvital.de