

Anmeldung

Fußpflege



Nachname, Vorname _____
(ggf. gesetzlicher Vertreter)

Straße, Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon / eMail _____

Geburtsdatum TT.MM.JJJJ Staatsangehörigkeit _____

Schulabschluss, Beruf _____

Ich melde mich für folgende Ausbildung an: _____ (Kurs)

Bezeichnung: _____ Dauer (in Wochen/Tagen) _____

Kursgebühr: _____ € Beginn: _____ Ende: _____

Fußpflege: 80,00 € | Ergänzung Fußpflege: 40,00 €

	Bezeichnung	Kursgebühr
1	Fußpflege med./Chiropodie - Intensiv, 1 Woche Mo-Fr/Sa, 9:30 - 16:00 Uhr	898,00 €
2	Fußpflege med./Chiropodie - Intensiv, 2 Wochenenden Fr., Sa. und So. 9:30 - 16:00 Uhr	998,00 €
3	Ergänzungskurs zur medizinischen Fußpflege, 2 Tage (Fußpflegegrundkurs Voraussetzung) auch Sa. und So. möglich 9:30 - 16:00 Uhr	490,00 €

Maximal 2 Teilnehmer

Ort, Datum

Unterschrift