

Verband Physikalische Therapie  
Landesgruppe Süd-West  
Ruwerer Str. 15  
54292 Trier

Fax: 0651-24421

### Kursanmeldung

Hiermit melde ich mich zu folgendem Kurs an (bitte ankreuzen)

Kurs: **CMD - Kiefergelenksdysfunktion** Ort: **VPT Trier**

Termin:  Teil 1 Grundkurs

08.-10.03.2024

Gebühren: M 315,-- € NM 375,--

Teil 2 Aufbaukurs

25.-28.04.2024

Gebühren: M 415,-- € NM 475,--

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

Str.: \_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort: \_\_\_\_\_

Geb.-Dat.: \_\_\_\_\_  
 Physiotherapeut/in  
 Masseur/med. Bademeister/in  
 sonst. Beruf \_\_\_\_\_

Telefon-Nr \_\_\_\_\_ Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

E-Mail.: \_\_\_\_\_

Mitglied im VPT  JA  NEIN

Wenn nicht Mitglied in Süd-West bitte  
angeben, in welcher Landesgruppe. in: \_\_\_\_\_

Mit der Anmeldung erkläre ich, dass die allgemeinen Geschäftsbedingungen mit Stand vom 06.09.2022 zur  
Kenntnis genommen und akzeptiert wurden.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Anmeldung: \_\_\_\_\_

---

### Einzugsermächtigung

---

IBAN:

D	E																		
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name der/des Kontoinhaber(s): \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

---