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

Fax: 0651-24421

**Kursanmeldung:** Hiermit melde ich mich zu folgendem/n Kurs/en an (bitte ankreuzen)

| | | | |
|---|---|---|---|
| ☐ | **Neuroreha in der Praxis** | **Montag** | **20.10.2025** |
| ☐ | **seltene Neurologische Erkrankungen und ihre Therapie** | **Dienstag** | **21.10.2025** |
| ☐ | **Ataxie** | **Freitag** | **28.11.2025** |
| ☐ | **M. Parkinson** | **Samstag** | **29.11.2025** |

Kursort jeweils: Trier Gebühren pro Kurs: M 140,-- € NM 175,--

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
(Hessen, Rheinland-Pfalz-Saarland), dann in der Landesgruppe: _____

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: