

- Dr. Käte Niederkirchner -
Kinder- und Jugendarztpraxis/Praxis für Psychotherapie
Balatonstr. 20, 10319 Berlin, Tel.: 030 5128148, Fax: 030 51009948
e-mail: praxisniederkirchner@web.de

Kursanmeldung

Hiermit melde ich mich verbindlich mit der Zahlung der Kursgebühr an.

Kurs vom: _____ an.

Name/ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Tel.: _____

Fax: _____ e-mail: _____

Die Kursgebühr von 597,00 € bei Anmeldung

bis 2 Wochen vor Kursbeginn nur 497,00 €

zahle ich bis 2 Wochen vor Kursbeginn auf das Konto:

Berliner Volksbank BLZ: 100 90000

Konto-Nr.: 3742461032 ein.

Kontoinhaberin: Dr. Käte Niederkirchner

Steuernummer: 32/456/60121

Bei Stornierung fällt eine Verwaltungsgebühr von 10% an, die bei Teilnahme einer Ersatzperson entfällt.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Anmeldung bitte an die Praxis per FAX an 030 51009948 oder eMail