



Anmeldeformular für die Rückbildungsgymnastik

Kursbezeichnung:	Rückbildungsgymnastik
Kursstart:	

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße, Hausnr.:	
PLZ , Wohnort:	
Telefon:	
Email:	
Geb.datum des Kindes:	

Krankenkasse:	
Krankenkassen Nr.:	
Versicherten Nr.:	

- Bitte informieren Sie mich zukünftig per Email über Ihre Angebote.**

Teilnahmebedingungen:

Rückbildungsgymnastikkurse können bei gesetzlich versicherten Frauen direkt mit der jeweiligen Krankenkasse abgerechnet werden.

Privat versicherte Kursteilnehmerinnen erhalten eine Rechnung gemäß der Privatgebührenverordnung für Hebammen.

Versäumte Kurseinheiten werden nicht von der Krankenkasse erstattet. Diese müssen wir Ihnen privat in Rechnung stellen.

Rücktritt: Bis 14 Tage vor Kursbeginn kann die Anmeldung kostenfrei zurückgenommen werden. Danach berechnen wir die volle Kursgebühr.

Hiermit melde ich mich verbindlich an und akzeptiere die Teilnahmebedingungen

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift