

ICSA | Internationale CranioSacral Akademie

Leonfeldner Straße 328  
**AT – 4040 Linz**

---

## Anmeldung

BITTE IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN

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

Strasse: \_\_\_\_\_

Land, PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ Telefon mobil: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

Cranioausbildung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Cranioerfahrung: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte füllen Sie die Rückseite aus →

Hiermit melde ich mich verbindlich zu folgenden Kursen an:

<u>Ausbildungen</u>		Zahlungsweise	
Nummer (#)	Titel	Einmal	Rate <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>

<u>Kurse</u>		Zahlungsweise	
Nummer (#)	Titel	Einmal	Rate <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup>Bei Ratenzahlung senden wir Ihnen die entsprechenden Unterlagen mit der Anmeldebestätigung zu.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Allgemeinen Geschäftsbedingungen an.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift