

Geschäftsstelle DBM e.V.
Wittbräucker Str. 957
44265 Dortmund



Deutscher Berufsverband
der MotopädInnen / MototherapeutInnen
DBM e.V.

Anmeldung Fortbildung

Übersendung des ausgefüllten Formulars per Post oder per E-Mail

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____ Bundesland: _____

Telefon: _____ mobil: _____

E-Mail: _____

Abweichende Rechnungsadresse: _____

Titel der Fortbildung: _____

Termin der Fortbildung: _____

Ich bin Mitglied im DBM e.V. ☐ ja Mitgliedsnummer: _____

☐ nein

- ☐ Ich melde mich verbindlich zur oben genannten Fortbildung an.
- ☐ Ich habe die Teilnahmebedingungen / AGB gelesen und akzeptiere diese.
- ☐ Ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen.

Datum / Unterschrift