

ANMELDUNG

Hiermit melde ich folgende Fachkräfte meiner medizinischen Einrichtung zur Teilnahme an der Zusatzausbildung „FPZ RÜCKENSCHMERZTHERAPEUT“ verbindlich an:

Name	Vorname
Basisausbildung	Persönliche E-Mail-Adresse
Name	Vorname
Basisausbildung	Persönliche E-Mail-Adresse
Name	Vorname
Basisausbildung	Persönliche E-Mail-Adresse

Hiermit bestelle ich:

_____ Exemplar/e des **„Offiziellen FPZ Handbuchs“** (Denner A.: *Das ganzheitliche Konzept gegen Rückenschmerzen. FPZ AG 2009* = Modul 1 der Zusatzqualifikation, jeder Teilnehmer benötigt ein persönliches Exemplar dieses Studienhandbuchs) zum Preis von **49,95 EUR** zzgl. Versandkosten (Nachnahmegebühr).

Information über eingesetzte Hardware:

In meiner medizinischen Einrichtung setze ich Analyse- und Trainingssysteme für die wirbelsäulenstabilisierende Muskulatur ein, die von folgendem, von FPZ: DEUTSCHLAND DEN RÜCKEN STÄRKEN als „Premium-Hersteller“ anerkannten Unternehmen hergestellt bzw. vertrieben werden (Modul 2 der Zusatzqualifikation, zutreffendes bitte ankreuzen):

- | | | | | | |
|-----------------------------------|---|-------------------------------|--------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> DAVID | Baujahr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | |
| <input type="checkbox"/> proxomed | Baujahr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | |
| <input type="checkbox"/> SCHNELL | <input type="checkbox"/> FPZ SYSTEMS | <input type="checkbox"/> DMSC | <input type="checkbox"/> 4BACK | Baujahr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |

Anmeldung zum Ausbildungslehrgang:

Ich werde/wir werden an folgendem initialen 2-tägigen „FPZ Ausbildungslehrgang“ teilnehmen (Modul 3 der Zusatzqualifikation, Ort: Köln, Zeit: jeweils von 10 bis 18 Uhr, Kosten: **299 EUR pro** Teilnehmer, Wunschtermin bitte ankreuzen):

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 13./14. Januar 2011 | <input type="checkbox"/> 17./18. März 2011 | <input type="checkbox"/> 05./06. Mai 2011 | <input type="checkbox"/> 15./16. September 2011 |
| <input type="checkbox"/> 24./25. Februar 2011 | <input type="checkbox"/> 07./08. April 2011 | <input type="checkbox"/> 09./10. Juni 2011 | <input type="checkbox"/> 10./11. November 2011 |

Bitte adressieren Sie sämtliche Rechnungen, die im Rahmen dieser Zusatzausbildung der o. a. Fachkräfte entstehen, wie folgt:

 Name der medizinischen Einrichtung inkl. Rechtsform

 Straße PLZ Ort

Folgende Besonderheiten möchte ich Ihnen noch mitteilen:

 Ort Datum Unterschrift