

**Ödemzentrum**  
**Büro: Gallusstr. 11**  
**Herr Gierloff**  
**79843 Löffingen**

**FAX: 07654 - 808436**

## Anmeldung

Zur Ausbildung in Manuelle Lymphdrainage  
und Physikalische Ödemtherapie

**Ich melde mich verbindlich zu nachfolgendem  
4 Wochen- Kurs an:**

vom..... bis ..... in .....

**Ich möchte den Kurs in zwei Abschnitten  
à 2 Wochen machen**

**Modul A:**  
**Basiskurs von ..... bis.....**

**in.....**

**Modul B:**  
**Therapiekurs von ..... bis.....**

**in.....**

Der gesamte Lehrgang muss, um die Anerkennung durch die Krankenkassen zu erlangen, in 6 Monaten abgeschlossen sein.

Die Kursgebühr wird zum Kursbeginn fällig. Wer nach Kursbeginn zurücktritt, muss für die gesamten Kosten aufkommen. Dies gilt auch bei Krankheit und Nichtantritt. Bei Rücktritt bis 13 Tage vor Kursbeginn erheben wir eine Pauschale von 100,00 €, bis 14 Tage kostenlos.

Das Lehrinstitut verpflichtet sich bei Arbeitsaufnahme des Teilnehmers sowie bei Wegfall der Förderung durch die zuständige Agentur/ARGE, diesem ein für ihn kostenfreies Rücktrittsrecht zu ermöglichen"

Seit dem 01.07.1997 kann dieser Lehrgang **nicht** mehr in der Praktikantenzeit absolviert werden. Voraussetzung ist eine abgeschlossene Berufsausbildung. Nachweis durch Zeugnis, Diplom, Berufsurkunde notwendig; **bitte spätestens 8 Tage vor Kursbeginn einreichen !**

### (Einzelanmeldung)

Lehrgangsgebühr € 1.220,00

\*Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

\*Plz. und Ort: \_\_\_\_\_

Tel./Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

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

### (Doppelanmeldung)

Lehrgangsgebühr € 1.120,00

\*Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

\*Plz. und Ort: \_\_\_\_\_

Tel./Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

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

**Bitte fügen Sie als Anlage die Berufsurkunde (en) bei.**

**Das zusätzliche kursbegleitende Lehrmaterial (5 Bände und 3 DVD) kann fakultativ beim Fachlehrer VOR ORT zum Preis von € 123, 00 erworben werden.**

Die Daten werden zu eigenen Zwecken elektronisch gespeichert und ausgewertet.

Ich bin damit **einverstanden**  **nicht einverstanden**  dass meine Daten\* in die geplante Therapeutenliste im Internet unter [www.oedemzentrum.de](http://www.oedemzentrum.de) veröffentlicht werden.

Über weitere Kursinformationen per E-Mail/ Fax würde ich mich freuen.

Ich bin damit einverstanden  nicht einverstanden

**rechtsverbindliche Unterschrift**

**rechtsverbindliche Unterschrift**