

Anmelde-Coupon aus Gründen des Datenschutzes bitte in frankiertem Fensterbriefumschlag zurücksenden.

An das
Zentrum für Gesundheitsförderung Mayen (zgm)
am Gemeinschaftsklinikum Koblenz-Mayen,
St. Elisabeth Mayen
Siegfriedstraße 20 & 22

56727 Mayen

Absender

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Telefon (privat)

Telefon (dienstlich)

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Die Hinweise zur
Anmeldung habe ich
zur Kenntnis genommen.

Achtung: Aufgrund der großen
Nachfrage bitten wir Sie, vorab
telefonisch zu erfragen, ob noch
Kursplätze frei sind.

Bitte umseitige
Absenderangaben
vollständig ausfüllen.



Unvollständige oder unleserliche Angaben können nicht bearbeitet werden!

Kursbezeichnung

Kurs-Nr.

Kursbezeichnung

Kurs-Nr.

Name, Vorname des Kindes bei Babyschwimmen

Geb.-Datum des Kindes

Einmalige Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich das Gemeinschaftsklinikum Koblenz-Mayen, St. Elisabeth Mayen bzw. die kursleitende Hebamme bei Fälligkeit des Kurses zu einer **einmaligen** Abbuchung der Kursgebühr

EURO

BLZ/Kto.-Nr.

Geldinstitut

Name/Vorname des/der Kontoinhaber/in

Datum

Unterschrift