

# Anmeldeformular

Name, Vorname:

---

Straße:

---

Wohnort:

---

Telefon:

---

Email:

---

Frieden mit Essen und Gewicht - Dein Körper weist Dir den Weg  
Fortlaufende Gruppe für Frauen  
Samstag, Uhrzeit: 15.00-18.00  
Ort: Robert-Koch-Str. 9, 82031 Grünwald, Praxis Dr. Kraus

Hiermit melde ich mich verbindlich für folgende Termine an:

<input type="checkbox"/>	24. Februar 2018	<input type="checkbox"/>	19. Mai 2018
<input type="checkbox"/>	24. März 2018	<input type="checkbox"/>	16. Juni 2018
<input type="checkbox"/>	21. April 2018	<input type="checkbox"/>	21. Juli 2018

Kosten: 30,-Eur pro Termin, 75,- EUR für 3 Termine

Überweisungen bitte bis spätestens 1 Tag vor dem ersten Termin auf folgendes Konto:  
Candida Kraus  
Hypovereinsbank München, IBAN DE 1770 0202 7046 5013 6573, BIC HYVEDEMMXXX

**Rücktritt:** Bei Rücktritt bis 24 Std. vor dem ersten Termin erfolgt eine vollständige Rückerstattung der Kosten. Bei späterem Rücktritt oder Abwesenheit erfolgt keine Rückerstattung.

Die Teilnahme geschieht eigenverantwortlich.

---

Datum

---

Unterschrift Teilnehmerin