



terramedus®

terramedus Akademie für Gesundheit GmbH

Zentralverwaltung

Haferkamp 28

24145 Kiel

Kostenübernahmeerklärung

Bitte ausfüllen (DRUCKBUCHSTABEN), unterzeichnen und einsenden an die terramedus Akademie für Gesundheit GmbH.

Ich/wir übernehme/n hiermit die Zahlungsverpflichtung/en gegenüber der terramedus Akademie für Gesundheit GmbH für

Herr/ Frau:

Vor- und Nachname des Teilnehmers

wohhaft in:

Anschrift des Teilnehmers

welche im Zusammenhang mit der Aus- und Weiterbildung:

_____ anfallen
Kursbezeichnung/ Standort und Datum der Veranstaltung

in voller Höhe von € _____

bis zu einem Betrag von maximal € _____

Die Geschäfts- und Vertragsbedingungen unter www.terramedus.de habe/n ich/ wir gelesen und erkenne/n sie hiermit an (Kasten ankreuzen)

Ort, Datum, rechtsgültige Unterschrift/ Firmenstempel:

Senden Sie bitte die Rechnung an:

Firma/ Rechtsform

Anschrift

Sonstiges/ Hinweis: