

**Wir bitten um folgende Angaben:**

Zur Person

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Kontaktmöglichkeiten

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

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

Rechnungsempfänger (wenn abweichend)

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Versicherungsstatus

- Privat
- Privat mit Beihilfe
- Gesetzlich
  
- Ich möchte den Newsletter abonnieren und regelmässig über Seminare, Kurse und Kursstarts, Events und Neuigkeiten informiert werden. Der Newsletter kann jederzeit abbestellt werden.
  
- Ich habe die **AGBs** von Isabelle Sander Praxis für Physiotherapie gelesen und stimme ihnen zu. Die AGBs sind in der Praxis und auf der Internetseite einsehbar. Auf Nachfrage wird Ihnen jederzeit ein eigenes Exemplar für Ihre Unterlagen zur Verfügung gestellt.
- Ich habe die **Datenschutzerklärung** gelesen. Diese ist in der Praxis und auf der Internetseite frei einsehbar. Auf Nachfrage wird Ihnen jederzeit ein eigenes Exemplar für Ihre Unterlagen zur Verfügung gestellt.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_