

Anmeldeformular ¹⁷

per Fax-Nr.: +49 (7231) / 28 14 68 – 19 oder postalisch an United Golfers (Anschrift siehe unten)

Fort- und Ausbildungsseminar **Golf-Med-Dent-Coach** nach der FREE-RELEASE-Methode®

Hiermit melde ich mich verbindlich zu folgendem Fortbildungsseminar an: **Bitte Termin auswählen!**

3-Tages-Kurse:

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Datum: 03.02. - 05.02.2012
Kurs-Nr.: 98-12D02 | <input type="checkbox"/> Datum: 23.03. - 25.03.2012
Kurs-Nr.: 98-12D03 | <input type="checkbox"/> Datum: 22.06. - 24.06.2012
Kurs-Nr.: 98-12D06 | <input type="checkbox"/> Datum: 21.09. - 23.09.2012
Kurs-Nr.: 98-12D09 |
| <input type="checkbox"/> Datum: 19.10. - 21.10.2012
Kurs-Nr.: 98-12D10 | <input type="checkbox"/> Datum: 07.12. - 09.12.2012
Kurs-Nr.: 98-12D12 | | |

Teilnehmer/in und Ansprechpartner Nr. 1

Frau Herr

Titel und Name:

Straße:

Telefon:

Fax:

Ich spiele Golf im Golfclub:

Ich möchte zusätzlich ein Free-Release „Frequenz“ Schlägerfitting (125,00 €)

Kunden-Nr.:
(falls vorhanden)

Ich bin Zahnarzt/Kieferorthopäde Ich bin Zahntechniker

Vorname:

PLZ und Ort:

Mobil:

E-Mail:

HCP: Schuhgröße:
(Bitte unbedingt angeben!)

Ich bestelle ein Praxisschild „Golf-Med-Dent-Coach“ (50,00 €)

weitere/r Teilnehmer/in Nr. 2

Frau Herr

Titel und Name:

Ich spiele Golf im Golfclub:

Ich möchte zusätzlich ein Free-Release „Frequenz“ Schlägerfitting (125,00 €)

Ich bin Zahnarzt/Kieferorthopäde Ich bin Zahntechniker

Vorname:

HCP: Schuhgröße:
(Bitte unbedingt angeben!)

Ich bestelle ein Praxisschild „Golf-Med-Dent-Coach“ (50,00 €)

Veranstaltungsort (falls nicht anders angegeben):

Bundesleistungszentrum FREE-RELEASE (Indooranlage)
für Golf-Biomechanik, -Gesundheit & Leistungssteigerung
Carl-Benz-Str. 6, 75217 Birkenfeld

Kurszeiten:

Kursbeginn-Anreisetag: 09:30 Uhr
Kursende gegen: 17:00 Uhr

Die Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) der United Golfers GmbH für Seminare habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen. Hinsichtlich der Geltung und dem Inhalt dieser AGB erkläre ich mich einverstanden:

Datum: Unterschrift:

Die Seminargebühren bezahle ich per Kreditkarte:

Kreditkarte: MasterCard Visa AMEX

Kartennr.: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Gültig bis: Prüzfiffer*:

* Dies ist eine dreiziffrige Nummer, die sich oberhalb des Unterschriftfeldes auf der Kartenrückseite befindet, oder - wie z.B. bei der American Express Karte - eine vierziffrige Nummer oberhalb der Kontonummer auf der Vorderseite der Karte.

Rechnungsanschrift (falls abweichend):

.....
.....
.....
.....
.....

03.11.2011 / Online