

Abonnement Kleingruppentraining *PilatesCare*

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ/Ort:

Geburtsdatum:

Telefon P:

Telefon G:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Kursinhalt: **Pilatescare Training a 50 min, total 10 Kurse**

Kursbeginn:

Unterschrift:

Ort / Datum:

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular und den Gesundheitsfragebogen an die zuständige Adresse.

Ihre Angaben werden gemäss Datenschutzgesetz verwaltet, mit Sorgfalt behandelt und ausschliesslich zur Betreuung der Mitglieder eingesetzt.