

Einwilligungserklärung

Der/die Unterzeichnende ist einverstanden, dass Name und Adresse im
Therapeutenverzeichnis „Triggerpunkt-Therapie IMTT“ veröffentlicht werden.

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ / Ort:

Land:

Bundesland:

Telefon:

e-mail:

Homepage:

- Dipl. Physiotherapeut/Physiotherapeutin
 Arzt/Ärztin

Kurs	Jahr	Ort	Kursleiter
<input type="checkbox"/> TP1 (4 Tage)
<input type="checkbox"/> TP2 (3 Tage)
<input type="checkbox"/> TP3 (3 Tage)
<input type="checkbox"/> Modul 1 (5 Tage)
<input type="checkbox"/> Modul 2 (5 Tage)

Datum: Unterschrift:

Bitte senden an: Sekretariat IMTT
Baumschulstrasse 13
CH-8542 Wiesendangen