

WaDiT[®]-Schulungsanfrage



Bitte ausdrucken, ausfüllen und an

Parke Medizin Technik
Fax: 07222 - 966 281

faxen!

Ich bin an einer Schulung in meiner Praxis bezüglich der Anwendung der **WaDiT[®] Horizontal[®]-Therapie** interessiert.

Bitte erstellen Sie mir ein unverbindliches Angebot über die Kosten dieser Fortbildung.

Praxis

PLZ: Ort:

Straße, Nr.: Tel.:

Stempel meiner Praxis:

Terminwunsch meiner Praxis: Datum: Uhrzeit:

Voraussichtliche Teilnehmerzahl: