



# Anmeldung

zur Aufnahme der Daten  
des Therapeuten in  
die Onlinedatenbank der  
Asdonk-Kliniken und Schulen  
per Fax an 07672 / 484 - 555  
bitte ggf. Kursteilnahme-  
bestätigung mitfaxen

(<http://www.asdonk-online.de/therapeuten.php>)

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

ggf. Praxis: \_\_\_\_\_

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

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

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

email: \_\_\_\_\_

Ich möchte künftig  per Post ... über  Neuigkeiten  
 per email  Refresherkurstermine  
 Klinik-  
Pauschalangebote

... auf dem Laufenden gehalten werden.

Ich bin in einer Asdonk-Schule ausgebildet worden

Kursjahr: \_\_\_\_\_

Kursort: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten auf den Internetseiten  
der Asdonk Kliniken und Schulen veröffentlicht werden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum und Unterschrift des Therapeuten / Stempel der Praxis