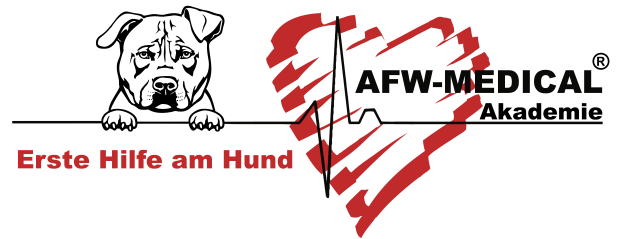


# Kursanmeldung



Bitte in Druckschrift ausfüllen und per Mail an [afw-medical@web.de](mailto:afw-medical@web.de) senden.

|            |                                                        |
|------------|--------------------------------------------------------|
| Kursdatum: |                                                        |
| Kursort:   | AFW-Medical® Akademie, Flottenstr. 28-42, 13407 Berlin |

|          |  |           |  |
|----------|--|-----------|--|
| Anrede:  |  | Titel:    |  |
| Vorname: |  | Nachname: |  |

|          |  |          |  |
|----------|--|----------|--|
| Telefon: |  | eMail:   |  |
| Straße:  |  | PLZ/Ort: |  |

AGB gelesen und akzeptiert ☐

---

Datum, Unterschrift