Praxis für Ernährungstherapie und Ernährungsberatung, Diplom Oecotrophologe &

Ernährungsberater/DGE, Klaus Gerling, Horlecke 15, 58706 Menden, 02373 / 916 1202

www.ernaehrungspraxis-gerling.de, info@ernaehrungspraxis-gerling.de



Anmeldung zum Seminar  
„Allergenkennzeichnung bei Abgabe loser Lebensmittel und Speisen“

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname:** |  |  | **Firma:** |  |
| Straße: |  |  | Straße |  |
| PLZ, Ort: |  |  | PLZ, Ort: |  |
| Telefon privat: |  |  | Telefon beruflich: |  |
| E-Mail privat: |  |  | E-Mail beruflich |  |
| Telefon mobil: |  |  | Empfehlung durch: |  |
|  |  |  |  |  |

Kursnummer: **LMIV-1501**

Datum: Montag, 22.06.2015 Dauer: 09.00 bis 13.00 Uhr

Zahlungsbestätigung:

Hiermit erkläre ich mich einverstanden einmalig die Kursgebühr auf folgendes Konto zu überweisen:

Praxis Gerling, Märkische Bank eG, Verwendungszweck: Kursnummer + Name

Konto: 107155600

BLZ: 45060009

IBAN: DE 9845 0600 090 107155600

SWIFT-BIC: GENODEM1HGN

Die Anmeldung wird erst nach Zahlungseingang rechtskräftig. Nach dem Seminar erhalten Sie eine Rechnung / Quittung sowie eine Teilnahmebescheinigung. Falls das Seminar mangels Teilnehmer nicht zustande kommen sollte, erfolgt selbstverständlich eine zeitnahe Rückerstattung der Kursgebühr.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift