

Anmälningssblankett (var god texta) Undertecknad anmäler sig härmed till följande kurs(er) :

GRUNDKURS

BASMEDICIN

1-ÅRIG ZONTERAPIUTBILDNING

Namn: _____

Adress: _____

Postnummer: _____ Ort: _____

Telefon bost: _____ arb: _____

e-post: _____

Datum:

Egenhändig namnteckning

Blanketten skickas till: Team Hellberg Zonterapi AB
Vidholmsbackarna 4
165 72 Hässelby

Eller faxa 08 - 26 51 04