

## Anmeldung zum F.I.T.-Kurs

Beginn am \_\_\_\_\_

Studio Weiden Schulungcenter  
Parksteiner Straße 17  
92637 Weiden i.d.OPf.

Telefon 09 61 - 670 87-0  
Fax 09 61 - 670 87-17  
studioweiden@t-online.de

### Ich melde mich hiermit zum oben benannten Kurs verbindlich an

Herr     Frau

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

**Die Kursgebühren bezahle ich vereinbarungsgemäß, spätestens am ersten Kurstag.  
Diese Anmeldung ist rechtsgültig. Nichterscheinen oder Abbruch des Kurses entbinden nicht  
von der Zahlungspflicht.**

Unterkunft erwünscht                       Ja             Nein

PKW zur Verfügung                         Ja             Nein

Raucher (wegen Unterkunftseinteilung)     Ja             Nein

Ort, Datum \_\_\_\_\_                      Unterschrift \_\_\_\_\_

