



# Hanne-Marquardt-Fussreflex®

Zentrum Norddeutschland

Leitung: Sigrun Burggraef - Krankengymnastin

## Anmeldung

zum • Grundkurs K 1 • Aufbaukurs K 2 • Abschlusskurs K 3  
• Auffrischungstag • Auffrischkurs • Prüfungskurs K 4  
• Sonderkurs: \_\_\_\_\_

in Reflexzonentherapie am Fuß nach Hanne Marquardt (gewünschten Kurs unterstreichen)

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

Haben Sie bereits RZF-Kurse besucht? Wenn ja, welche?

Grundkurs wann: \_\_\_\_\_ wo: \_\_\_\_\_

Aufbaukurs wann: \_\_\_\_\_ wo: \_\_\_\_\_

Abschlusskurs wann: \_\_\_\_\_ wo: \_\_\_\_\_

Quartier: wird selbst besorgt / erbitte Quartierliste (Zutreffendes bitte unterstreichen)

Beruf: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Plz./Ort: \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

mail \_\_\_\_\_

Praxis-Adresse: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

### Datenschutz-Erklärung:

mit Ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass Ihre oben angegebenen Daten vom Hanne-Marquardt-Fussreflex® Zentrum Norddeutschland digital verarbeitet werden dürfen. Ihre Daten werden nicht an Personen, Institutionen oder Firmen außerhalb des Zentrums weitergegeben. Wir nutzen aktuelle technische Maßnahmen zur Gewährleistung der Datensicherheit, insbesondere zum Schutz ihrer personenbezogenen Daten vor Gefahren bei Datenübertragung sowie vor Kenntniserlangung durch Dritte.

### Wichtig:

Die Teilnahme an der Weiterbildung geschieht auf eigene Verantwortung und Haftung. Bitte klären Sie den Lehr-Therapeuten rechtzeitig über mögliche gesundheitliche Belastungen auf. Bei Fragen kontaktieren Sie uns bitte vor der Anmeldung.

Mit Ihrer Unterschrift erkennen Sie an, dass das erworbene Wissen nicht zu Lehr- und Unterrichtszwecken, sondern ausschließlich zur Patientenbehandlung verwendet werden darf.

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

**Anmeldung:** Ingo Burggraef – Heilpraktiker  
Schulstr. 4  
26316 Varel

Tel. 04451-91 82 990  
Fax 04451-91 82 991  
mail: praxis@heilpraktiker-varel.de