

# Anmeldeformular

An das  
Neurologischen Rehabilitationszentrum  
Friedehorst gGmbH  
Rotdornalle 64 | 28717 Bremen

Fax: 0421 6381 17515

**Anmeldung** (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name	Vorname
Straße	PLZ, Ort
Geburtsdatum	Beruf
Telefon dienstlich	Telefon privat
Mobiltelefon	E-Mail
Arbeitsstelle/Fachrichtung	

**Ich erkenne die Allgemeinen Geschäftsbedingungen des Neurologischen Rehabilitationszentrums an.**

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Anschrift und Telefonnummer an andere Kursteilnehmer zwecks Bildung von Fahrgemeinschaften weitergegeben werden (Falls ja, bitte ankreuzen).

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

**Rechnungsadresse** (falls abweichend)

Firma	
Name	Vorname
Straße	PLZ, Ort