



Anmeldeformular
Medizinische Kochschule

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Rufnummer: _____

Emailadresse: _____

Hiermit melde ich mich verbindlich zu folgendem Kochkurs an:

- Freitag, 21. April 2017; 17.30 – ca. 21.00 Uhr**
**„Essen Sie sich gesund - Alternativen zur entzündungsförderlichen,
modernen Ernährungs- und Lebensweise“**

Teilnehmerzahl: _____

- Freitag, 23. Juni 2017; 17.30 – ca. 21.00 Uhr**
„Glutenfreie Küche! Brot, Pizza, Nudeln ... für Gluten- Sensitive“

Teilnehmerzahl: _____

- Freitag, 20. Oktober 2017; 17.30 – ca. 21.00 Uhr**
„Statt Fast- Food: Schnelle Küche für Genießer“

Teilnehmerzahl: _____

Der Preis liegt bei **59,00 € inkl. gesetzl. MwSt. pro Person und Abend**. Bei Buchung aller drei Kurse liegt der **Gesamtpreis bei 165,00 € pro Person**. Im Preis inbegriffen sind das gemeinsame Zubereiten des Menüs, Getränke, eine ernährungsmedizinische Betreuung sowie Informationsunterlagen.

Mit Bestätigung Ihrer Anmeldung erhalten Sie eine Rechnung über die Kosten.

Datum

Unterschrift