

CJD Köln Ville  
Breite Strasse 48-50 50667 Köln

CJD Zentrum für Gesundheit und Bildung

## Anmeldeformular zur Asthmaschulung

Hiermit melde ich mich verbindlich für die Asthmaschulung an:

<b>Name:</b>	-----
<b>Vorname:</b>	-----
<b>Strasse:</b>	-----
<b>PZL:</b>	-----
<b>Ort:</b>	-----
<b>Telefon:</b>	-----
<b>Mobil:</b>	-----
<b>Email:</b>	-----
<b>Krankenkasse:</b>	-----
<b>Kinderarzt:</b>	-----

Für die Asthmaschulung wird eine Anmeldegebühr von 50 Euro erhoben, diese wird Ihnen nach Abschluss der Schulung selbstverständlich erstattet, wenn die Krankenkasse die gesamten Schulungskosten übernommen hat.

Übereisung an:

CJD Köln Ville

WZG Bank Düsseldorf

Konto Nr.: 1075392817

BLZ: 30060010

Datum /Unterschrift: -----