



Dr. med. Stefanie Fromm  
Salzstr. 2  
09113 Chemnitz

Sehr geehrte Frau Dr. Fromm,

hiermit erkläre ich \_\_\_\_\_ ,  
geboren am \_\_\_\_ . \_\_\_\_ .  
verbindlich meine Teilnahme am Kurs „Heilfasten im Spreewald“  
in der Zeit vom \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . bis \_\_\_\_ . \_\_\_\_ .

Dieser Fastenkurs findet im Hotel „Zum Leineweber“ in Burg/Spreewald statt.

Die entsprechende Teilnahmegebühr von 535,00 € überweise ich bis 10 Tage vor Veranstaltungsbeginn auf das nachfolgende Konto.

Kontonummer: 650797400  
BLZ: 760 260 00  
Institut: Norisbank Chemnitz

Bei Ankunft zum Kurs weise ich die Überweisung der Kursleiterin nach.

(Unterschrift)

---