



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)
