



## Gesundheits- und Pflegefachschule Märkisch-Oderland

Artur-Becker-Str. 14 | 15344 Strausberg | Tel.: 03341 4 90 78-0 | E-Mail: kontakt@sowi-strausberg.info

[www.sowi-strausberg.de](http://www.sowi-strausberg.de)

*(Zur Anmeldung füllen Sie bitte folgenden Abschnitt aus und senden Sie ihn wahlweise per Post oder E-Mail an den Empfänger)*

**E-Mail:**        **steffi.gloess@sowi-strausberg.info**

### ANMELDUNG ZUR FORT- UND WEITERBILDUNG

Ich melde mich **verbindlich** für folgende Fort- bzw. Weiterbildung an:

#### Spezielle Massage bei Migräne und Kopfschmerzen

**Termin:**    **Samstag, 07.03.2026** (Beginn: jeweils um 9.00 Uhr)

Name, Vorname (Teilnehmer/In): ..... Tel: .....

Anschrift (Teilnehmer/in): .....

E-Mail (Teilnehmer/in): .....

#### Zahlung / Finanzierung der Weiterbildungskosten:

##### **Kosten je Teilnehmer:**

**SOWI Schüler**    ☐    **120,00 €**

**Therapeuten**    ☐    **140,00 €**

IBAN: DE 40 1009 0000 3881 1020 12

BIC: BEVODEBB

Bank: Berliner Volksbank

BLZ: 100 900 00

Kto-Nr.: 388 110 20 12

**Als Verwendungszweck bitte folgendes  
angeben: Migräne / Name Teilnehmer/In**

Datum, Unterschrift: .....

**Bitte beachten Sie: Wir bitten um Vorabzahlung der Weiterbildungskosten auf das oben angegebene Konto!  
Ihre Teilnahme ist grundsätzlich erst mit vollständigem Zahlungseingang fest vereinbart! Gern erhalten Sie auf  
Anfrage eine entsprechende Rechnung.**

Anmeldung bestätigt am: .....

.....  
Stempel / Unterschrift SOWI