Anmälningsblankett till:



Läkeörtsterapeut utbildning

Jag har tagit del av informationen om de regler som gäller för anmälan och inbetalning till Eklöfs Örtutbildning.
Jag accepterar dem och vill:

härmed anmäla mig till Eklöfs Läkeörtsterapeut utbildning som startar i februari 2027

Namn_____

Personnummer_____

Ev. Företagsnamn & org.nr_____

Faktureringsadress_____

E-post_____

Telefon_____

Kryssa i önskad betalning:

Jag betalar hela kursavgiften senast 15 nov-26 ☐

Jag önskar dela upp avgiften till hälften 15 nov-26

och slutbetalning senast 15 jan-27 ☐

Ort_____ Datum__ _____

_____

Namnteckning

Vi vill ha din anmälan senast 5 november till
Eklöfs Inspira ett Grönt Apotek
Rörstrandsgatan 42, 113 40 Stockholm
Om du scannar den så kan du maila till adm@inspira.cc,
men vi behöver dock originalet postat till oss.

Var välkommen till en utbildning som slår rot