

Anmälningssblankett till:



*Inspira
ett Grönt Apotek*

Komplementärmedicinsk basutbildning

Jag har tagit del av informationen om de regler som gäller för anmälan och betalning.
Jag sätter in anmälningssavgiften på 3000:- till PG 80 20 27-3 i samband med denna anmälan.

Jag accepterar detta och vill:

**härmed anmäla mig till Komplementärmedicins basutbildning
med start våren: _____**

Namn _____

Personnummer _____

Ev. Företagsnamn & org.nr _____

Faktureringsadress _____

E-post _____

Telefon _____

kryssa för:

Jag vill betala hela kursavgiften vid ett tillfälle

Önskar dela upp avgiften (kostnad 1000:-)

Ort _____ Datum _____

Namnsteckning

Din anmälan bör insändas snarast för att säkra en kursplats!

Du kan scanna den och maila till: adm@inspira.cc

eller posta till: Inspira, Rörstrandsgatan 42, 113 40 Stockholm

Var välkommen till en utbildning som slår rot