



Anmeldung Sportosteopathie

Standort: Hamburg

Beginn: Oktober 2019

Postgraduale Weiterbildung: Sportosteopathie (Zertifikat)

Foto
(bitte mit Namen
beschriftet!)

Angaben zur Person

Familienname: _____

Titel: _____

Vorname: _____

Geschlecht: männlich weiblich

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Anschrift

Straße/Hausnummer: _____

Anschriftzusätze: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Telefonnummer (privat): _____

E-Mail: _____

Telefonnummer (dienstl.): _____ Telefonnummer (mobil): _____

Schulabschluss / Abitur

Name und Ort der Schule: _____

Abschlussjahr: _____

Abschlussart: _____ Abschlussnote: _____

Berufsausbildung

Name der Ausbildungseinrichtung: _____

Abschlussjahr: _____

Abschlussart: _____ Abschlussnote: _____



Fach- / Hochschulabschluss (falls zusätzlich vorhanden)

Name der Fach- / Hochschule: _____

Fachrichtung: _____

Abschlussjahr: _____

Art des Abschlusses: _____ Abschlussnote: _____

Osteopathische Ausbildung:

Name der Ausbildungseinrichtung: _____

Abschlussjahr: _____

Abschlussart: _____ Absolvierte Stunden: _____

Berufliche Angaben:

Arbeitgeber: _____

Anschrift Straße: _____

Anschrift PLZ, Ort: _____

Position des Bewerbers: _____

Kontaktaufnahme mit Arbeitgeber möglich Ja Nein

(Falls zutreffend:) Betreuer Sportverein/ LeistungssportlerIn

Verein/ Sparte: _____ seit: _____

Position des Bewerbers: _____

Die Kosten werden von mir persönlich von meinem Arbeitgeber getragen.

Die Aufnahme erfolgt für die gesamte berufsbegleitende Weiterbildung mit einer Dauer von 12 Monaten. Die Zahlung der Gebühr in Höhe von EUR 2295,00 hat nach Aufnahme in die Weiterbildung entsprechend den vertraglichen Regelungen mit der Osteopathie Schule Deutschland (OSD) zu erfolgen. Details sind im Vertrag mit der OSD enthalten. Die Gebühren werden 14 Tage vor Semesterbeginn abgebucht.

Mir ist bekannt, dass mit Abgabe dieser Anmeldung eine Gebühr in Höhe von 100,- Euro fällig wird. Die Anmeldegebühr wird im Falle einer Stornierung seitens der OSD wegen nicht Erreichung einer Mindestteilnehmerzahl zurückerstattet. Ich bevollmächtige die OSD, diesen Betrag einmalig von meinem Konto abzubuchen:

Institut: _____ BLZ: _____

Kto.Nr.: _____

.....
Datum, Ort und Unterschrift der Bewerberin/ des Bewerbers

Bitte fügen Sie diesem Antrag folgende weitere Unterlagen bei:

Tabellarischer Lebenslauf, Foto (1x)

Kopie des a) Schulzeugnisses, b) Ausbildungsabschlusses, 3) des Osteopathie Abschlusses