

Inschrijfformulier Medifit

Naam _____

Adres _____

Postcode _____ Woonplaats _____

Geb. datum _____ Telefoon _____

Email _____

Schrijft zich in voor:

Medifitgroep _____

Dag _____

Tijd _____

Startdatum _____

Bent u onder behandeling of de afgelopen 3 maanden onder behandeling geweest bij een van onze therapeuten?

Ja

Nee

Ondergetekende schrijft zich in voor Medifit en verklaart dat hij/zij kennis heeft genomen van de algemene (betalings-)voorwaarden en hiermee akkoord te gaan.

Datum _____

handtekening _____