



**Marienkrankenhaus Kassel**  
Marburger Straße 85, 34127 Kassel  
T (0561) 8073-1305  
www.adipositaszentrum-nordhessen.de  
adipositas@marienkrankenhaus-kassel.de



Kurs-Nummer .....

Vor- und Nachname .....

Geburtsdatum .....

Adresse .....

Telefon .....

### ***Verbindliche Anmeldung***

Hiermit melde ich mich verbindlich zur Teilnahme am multimodalen Kursprogramm im Adipositaszentrum Nordhessen im Marienkrankenhaus Kassel an. Die Plätze werden nach Eingang der Kursgebühr vergeben.

Die Kursgebühr beträgt **300,00 (dreihundert) Euro**.

Enthalten sind: Erstgespräch, Seminartermine, Patientenveranstaltungen und regelmäßige BIA-Messungen.

Unser Patientensportangebot kostet zusätzlich **70,00 (siebzig) Euro**.

Der Kurs muss vollständig vor Kursbeginn bezahlt sein.

Für eine eventuell mögliche Erstattung durch die Kasse bin ich selbst verantwortlich. Die regelmäßige Teilnahme muss dokumentiert werden. Ein Dokumentationsprotokoll wird bei Kursbeginn ausgehändigt.

Bitte überweisen Sie an:  
Marienkrankenhaus Kassel  
Bankverbindung: Kasseler Sparkasse  
IBAN DE12 5205 0353 0002 1050 13  
BIC HELADEF1KAS

Stichwort: „**MultiKurs Adipositas plus Name des Teilnehmers**“

Datum:

Unterschrift: