

# Anmeldeformular

Ausbildung	
Beginn/Datum	
Name	
Vorname	
Strasse/Nr.	
PLZ/Ort	
Telefon	
Mobil	
E-mail	
Geburtsdatum	
AHV-Nummer	
Beruf	
Muttersprache	
Unterschrift/ Datum	

## Anmeldeformular

Senden Sie  
Ihre Anmeldung an:

**per Post:**

Medicus AG  
Fachschule für  
Naturheilkunde  
Bodenhof 7  
6014 Luzern

**per E-mail:**

[info@medicus-schule.ch](mailto:info@medicus-schule.ch)  
(Empfangsbestätigung verlangen)

Mit der Unterschrift bestätigen Sie die Kenntnisnahme der AGB.

