

PilatesCare-ABO Kleingruppentraining

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ/Wohnort:

Telefon P.:

Telefon G.:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Tag:

Kursbeginn:

Kursinhalt: PilatesCare Training zu 60 Min.

Zeitdauer:

Ort, Datum:

Ziel:

Unterschrift des Kunden:

**Ihre Angaben werden gemäss Datenschutzgesetz verwaltet,
mit Sorgfalt behandelt und ausschliesslich zur Betreuung der Mitglieder einges**

Adresse der Praxis / Studio:
Pilates Praxis- TEN
Manuela Betschart
Gotthardstrasse 46
6410 Goldau

