

Rücksendung an:

Villa Welschen – Institut für Bildung und Gesundheit GmbH  
Gabriele Meymann-Christians  
Am Lehmstich 15

33813 Oerlinghausen

## **Verbindliche Anmeldung für die Gesundheitsreise**

### **Villa Welschen Oerlinghausen**

**Vom (Datum):** \_\_\_\_\_

**Name:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**Vers.-Nr.:** \_\_\_\_\_

**Mitreisende  
Person:** \_\_\_\_\_

**Krankenkasse  
der/s Mitreisenden**  
\_\_\_\_\_

**Datum:** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**Eine schriftliche Anmeldung ist erst nach vorheriger telefonischer  
Rücksprache unter Tel. 05202/923980 mit der Villa Welschen möglich.**