

Anmeldung

Faxnummer: +49 (0) 26 1 – 96 35 09 29

Hiermit möchte ich mich für folgende Leistungen des ILS anmelden:

- Manager-Check-Up
- Gesundheits- bzw. Sport-Check-Up
- Arthrotherapie
- Ausgedehnte Blutanalyse
- Klinische Untersuchung
- Ernährungsberatung nach individueller Körperfettdepot-Messung
- Anti-Ageing mit biologischen Nahrungsergänzungsmitteln und Homöopathie

Meine Adresse:

Name: _____
Vorname: _____
Straße/Nr.: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____
Fax: _____
E-Mail: _____

Anmerkungen: _____

- Bitte kontaktieren Sie mich vorab für weitere Informationen zu den oben gewählten Punkten.
- Ich möchte mich verbindlich anmelden. Bitte kontaktieren Sie mich bzgl. einer Terminabsprache.