



Kath. Familienzentrum  
der Pfarreiengemeinschaft  
Bonn-Zwischen Rhein und Ennert



# Rückenfit

Kursleitung: Inge Krahe, Physiotherapeutin, Heilpraktikerin (Physiotherapie)

**Montags 17.30 – 18.30 Uhr**  
**Pfarrheim Hl. Kreuz, Kreuzherrenstr. 55a, Limperich**

Kursgebühr: 140,- € für 10 Termine (Zehnerkarte)  
(Mit der Teilnahmebestätigung erhalten Sie die Bankverbindung zur Überweisung vor Erstteilnahme)

Bitte mitbringen: Gymnastikmatte, bequeme Kleidung, Negativnachweis, med. Maske

Katholisches Familienzentrum der Pfarreiengemeinschaft  
Bonn-Zwischen Rhein und Ennert  
Kastellstraße 38, 53227 Bonn  
☎ 01573 / 3366438 | familienzentrum@pgrunde.de | www.pgrunde.de



Hiermit melde ich mich verbindlich an zum Kurs „Rückenfit“. Die Gebühr für die Zehnerkarte entrichte ich unmittelbar nach Erhalt der Teilnahmebestätigung.

Ja, bitte informieren Sie mich per E-Mail über die Angebote des Kath. Familienzentrums Bonn-Zwischen Rhein und Ennert.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine u.g. personenbezogenen Daten durch das Kath. Familienzentrum Bonn-Zwischen Rhein und Ennert ausschließlich zu Zwecken der an mich gerichteten Information per E-Mail und zur Kursorganisation genutzt werden dürfen. Ich kann der Nutzung meiner Daten jederzeit schriftlich (Kath. Familienzentrum Bonn-Zwischen Rhein und Ennert, Kastellstraße 38, 53227 Bonn-Oberkassel) oder per E-Mail ([familienzentrum-pgrunde@kath-beuel.de](mailto:familienzentrum-pgrunde@kath-beuel.de)) ohne Angabe von Gründen widersprechen. Ich habe das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung meiner gespeicherten personenbezogenen Daten. Meine personenbezogenen Daten werden ausschließlich an Fr. Krahe zur Kursorganisation weitergegeben, sowie zur Nachverfolgung evtl. Infektionsketten an die Behörden. Eine Weitergabe an sonstige Dritte erfolgt nicht.

Bei Absage oder vorzeitiger Beendigung des Kurses auf Anordnung des Landes, der Kommune, des Bistums oder des Trägers sowie bei Erkrankung der Referentin besteht kein Anspruch auf Rückzahlung der Kursgebühr. Über eine anteilige Rückzahlung wird im Einzelfall entschieden

Name

Telefon

relevante Vorerkrankungen ( hier angeben oder der Kursleiterin vor Kursbeginn persönlich mitteilen)

Geburtsdatum

E-Mail

Datum | Unterschrift