



Anmeldung zum SO Kurs

Kursdatum:

Kursort:

Name:

Vorname:

Adresse:

PLZ / Ort:

Telefon / Mobile:

Geburtstag:

Email:

Verein:

SVDS-Mitgliednummer:

Medic Kurs besucht am:

Name Präsident/in:

Unterschrift Präsident:

Kontaktmöglichkeit:

Bitte eine Kopie des SVDS Mitgliederausweises sowie des Medic Kurs Zertifikates beilegen!

Per Email senden an: kurse@ipsc.ch (Achtung neue Email-Adresse!)