



Ich bin an der Praxis-Arbeit mit

POSTURE CONTROL INSOLES ®

interessiert und bitte um die Zugangsdaten zur Seite **Therapeuten-Informationen**.

Ihre Daten:

| | |
|------------------------------|-----------------|
| Name: | Vorname: |
| Straße: | (PLZ) Stadt: |
| Tel: | Praxisname: |
| Fax: | Beruf: |
| Registrierte E-Mail Adresse: | |

Datum / Unterschrift / Praxisstempel:

Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und faxen es an: 030 – 235 168 11 – Nur seriöse Geschäftspartner werden von uns berücksichtigt. Ihre Daten werden von uns vertraulich behandelt.