

## Bestellung

- Ich bin Arzt oder Heilpraktiker und interessiere mich dafür, das bioenergetische Verfahren in meiner Praxis aufzunehmen. Bitte senden Sie mir entsprechende Informationen und eine Vereinbarung zu.

**Praxis:** \_\_\_\_\_:

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

**Nachnahme:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ/Ort:** \_\_\_\_\_

**Land:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Name der Testperson:** \_\_\_\_\_

**Praxisstempel:**

**Datum, Ort, Unterschrift:** \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie die ausgefüllte Bestellung per Fax oder Post an:

ALLERGIE-IMMUN  
Kurweg 20  
D-67276 Carlsberg

Telefon: +49 (0)6356 –6086938  
Fax: +49 (0)6356 –6086872

E-Mail: [info@allergie-immun.de](mailto:info@allergie-immun.de)  
Web: [www.allergie-immun.de](http://www.allergie-immun.de)