

DAK Mosbach
Hauptstr. 22
74821 Mosbach

Erstattung der Kurskosten für Kunden der DAK:

Nach Abschluss des Kurses erstattet die DAK die Kurskosten anteilig, wenn Sie an mindestens 80 % der Termine teilgenommen haben.

Haben Sie in diesem Jahr bereits einen Zuschuss für einen Kurs erhalten, setzen Sie sich bitte **vor** Kursbeginn mit der DAK Mosbach, Telefon 06261 9306-0, Frau Puda, in Verbindung.



DAK-Kunden erhalten
1.000 gesundAktivBonus-Punkte.

DAK

Unternehmen Leben

Rückentraining



TriaMedica

Zentrum für Osteopathie, Physiotherapie & Trainingstherapie

DAK

Bezirksgeschäftsstelle Mosbach
Hauptstr. 22, 74821 Mosbach
☎ 06261 9306-0, 📠 06261 9306-19
E-Mail: DAK132600@dak.de

DAK-Rückentraining

Das beste Mittel gegen Rückenleiden ist Bewegung. Schon mit moderatem Training können Sie Beschwerden vorbeugen.

Wenn Sie sich für das DAK-Rückentraining entscheiden, haben Sie einen wichtigen Schritt getan, um Ihrem Rücken und Ihrer Gesundheit etwas Gutes zu tun.

Sie werden einiges über Ihren Rücken erfahren und viele verschiedene Bewegungsmöglichkeiten kennen lernen.

Sie erhalten ein Begleitheft zum DAK-Rückentraining, in dem Sie die Trainingsgrundlagen nochmals nachlesen können. In diesem Heft können Sie Ihre persönlichen Trainingsvoraussetzungen dokumentieren und so auch im Anschluss an den Kurs Ihr eigenes Training planen und durchführen.

Achtung! Dieses Rückentraining ist nicht für Personen mit akuten Rückenschmerzen geeignet.

Machen Sie mit!



Unternehmen Leben

Programm

Kurs I: ab Montag, 09.10.2006
10:00 – 11:00 Uhr
10 x montags und donnerstags

Kurs II: ab Montag, 09.10.2006
19:00 – 20:00 Uhr
10 x montags und donnerstags

Teilnehmer: maximal 6 Personen

Kursleiter: Dirk Lederer
Peter Lengle
Marika Lengle-Kehl
Physiotherapeuten

Ort: 
Hauptstr. 22
74821 Mosbach
☎ 06261 938833

Gebühr: 120,00 Euro

Anmeldung

Bitte abtrennen und senden an:

DAK Mosbach
Frau Gisela Puda
Hauptstr. 22
74821 Mosbach

Fax: 06261 9306-19

Hiermit melde ich mich verbindlich an für den Kurs

Kurs I

Kurs II

.....
Name

.....
Vorname

.....
Straße

.....
PLZ, Ort

.....
Telefonnummer

.....
Krankenkasse

.....
Datum, Unterschrift