

Anmeldung Geburtsvorbereitungskurse

Vorname	
Name	
Strasse	
PLZ / Ort	
Telefonnummer	
E-Mail	
Name der Begleitperson	
Voraussichtlicher Geburtstermin	
Ich erwarte mein...	<input type="checkbox"/> 1. Kind <input type="checkbox"/> 2. Kind <input type="checkbox"/> 3. Kind und mehr
Betreuende/r Ärztin/Arzt	
Kurswunsch	<input type="checkbox"/> Abendkurs bevorzugt <input type="checkbox"/> Wochenendkurs bevorzugt
Bemerkungen	

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular per E-Mail an:

gebaersaal.bss@spital.so.ch

Gerne nehmen wir in den nächsten Tagen mit Ihnen Kontakt auf.