



massageservice**st**.gallen



Vormittag

Wochentag: _____

Ihr Name: _____

Datum: _____

Mindestens 3 Tage früher zurückschicken!

| | | |
|---------------|--|--|
| 07:00 – 07:25 | | |
| 07:30 – 07:55 | | |
| 08:00 – 08:25 | | |
| 08:30 – 08:55 | | |
| 09:00 – 09:25 | | |
| 10:30 – 10:55 | | |
| 11:00 – 11:25 | | |
| 11:30 – 11:55 | | |

Firmen Name: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Haben Sie bitte Verständnis, dass Sie uns für halbe oder ganze Tage buchen. Wenn Sie jedoch einzelne Stunden buchen möchten, dann können Sie dies sehr gerne in unserer Praxis machen. Die Adresse und die Kontaktangaben finden Sie im Briefkopf. Vielen Dank für Ihr Verständnis.