

Ihre Angaben:

Anrede: **Herr**  
Vorname: **Medical Wellness**  
Name: **Müller**  
Strasse / Nr.: **Neumarktstr. 14**  
PLZ: **2502**  
Ort: **Biel**  
Telefon / Natel: **079 312 50 11**  
E-Mail: **info@medical-wellness-gmbh.ch**  
Grundversicherung: **KPT**  
Zusatzversicherung: **Sanitas**  
Terminerinnerung per E-Mail: **1 Stunde vor Termin**

Hier finden Sie unsere [Datenschutzerklärung](#)

Behandlungsort: **Praxismassage in Biel**  
Wählen Sie bitte eine Dienstleistung aus: **Medizinische Massage**  
Bitte treffen Sie eine Auswahl: **Klassische Massage**  
Bitte wählen Sie eine Dienstleistung aus: **Ganzkörper-Relaxmassage (60 Min./Fr. 105)**

« Zurück

Buchen