



Heike Hessler
Heilpraktikerin
Schönhauser Allee 84
10439 Berlin
Tel.: 030 40574900
Mobil: 0157 54375932
HP@heikehessler.de
www.heikehessler.de

Anmeldeformular

Kurs: Movementkurs montags
Datum/Uhrzeit: 18.00 – 19.00
Kursleiter: Heike Hessler
Kursort: Praxis für Alternative Medizin
Kursgebühr: 60,00 Euro

Hiermit melde ich mich verbindlich zum oben genannten Kurs an (bitte in Blockschrift ausfüllen)

Nachname: _____ Vorname: _____

Strasse: _____ PLZ/Wohnort: _____

Telefon: _____ EMail: _____

Die Anmeldung ist verbindlich gebucht, wenn die Kursgebühr überwiesen wurde auf das Konto

IBAN DE95 1203 0000 0015 0065 54 bei der DKB. Kennwort Movementkurs

Anmelde- und Teilnahmebedingungen:

Sie erklären mit Ihrer Anmeldung, dass Sie alle Aktivitäten freiwillig durchführen und eigenverantwortlich handeln. Sie akzeptieren, dass der Kurs keiner ärztlichen Behandlung gleichkommt oder eine solche ersetzt. Der Kursleiterin ist über gesundheitliche Besonderheiten (Verletzungen, Operationen u.ä.) vor dem Kursbeginn zu informieren. Fragen Sie im Zweifelsfall immer Ihren Arzt oder Therapeuten. Unsere Praxis haftet grundsätzlich nicht für Ihre Sachen (z.B. Wertgegenstände) sowie ebenfalls nicht für alle aus Fahrt, Unterkunft und Verpflegung entstehenden Risiken. Sie haften für Risiken und verursachte Schäden, die Sie sich, anderen oder Dingen zufügen und stellen den Kursleiter von etwaigen Haftungsansprüchen frei.

Fällt der Kurs aufgrund höherer Gewalt aus, werden die Teilnehmenden so schnell wie möglich verständigt und die gezahlte Kursgebühr selbstverständlich voll zurückerstattet bzw. ein Ersatztermin angeboten. Bei Nichterscheinen oder bei Rücktritt während der Kurszeit ist eine Erstattung der Gebühren nicht möglich. Nach Absprache kann aber an einem anderen Kurs ersatzweise teilgenommen.

Kostenlose Stornierung bis zu einer Woche vor Beginn der Veranstaltung werden 20% danach 100% der Kursgebühr fällig. Wird ein Ersatzteilnehmer gestellt, fallen keinerlei Stornierungskosten an. Die Kosten für die An- und Abreise trägt der/die TeilnehmerIn. Bitte senden Sie dieses Anmeldeformular fristgerecht per Post an

Praxis für Alternative Medizin
Heike Hessler
Schönhauser Allee 84
10439 Berlin

oder per Mail an
HP@HeikeHessler.de

Ich habe mich über die Anmelde- und Teilnahmebedingungen informiert und erkenne sie durch meine Unterschrift an.

Datum **Unterschrift**