

Anmeldeformular ONLINE-Ernährungsberater*in 2026-2027

Hiermit melde ich mich verbindlich für die **Ausbildung „Ernährungsberater*in“** an:

Name & Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ / Stadt: _____

Tel.: _____

Email: _____

Beruf: _____

Termine: Insgesamt 20 Unterrichtseinheiten vor Ort in Freiburg im Breisgau und/oder online (donnerstags von 18 bis 21 Uhr)
+ 1 freiwillige Online-Prüfung mit MC-Fragen

-bitte ankreuzen-

☐ **Als Einzelvertrag:** (Kursgebühren fällig ab 15. September 2026)

oder ☐ 12 Monatsraten à € 160,- (gesamt € 1.920,-)
☐ einmalig € 1.880,-

☐ **5% Frühbucherrabatt bei Anmeldungen bis zum 15. Juni 2026**

☒ Zzgl. € 120,- Einschreibgebühr

☐ **Als Zusatzvertrag einer Heilpraktikerausbildung (HP / TZ / WE):**

☒ 5 % Kombi-Rabatt (nicht kumulierbar mit Frühbucherrabatt)

☒ Die Einschreibgebühr in Höhe von € 120,- entfällt 😊

Datenschutz-Rechte: Auskunft, Berichtigung, Löschung, Sperrung, Widerspruchsrecht

Wir erheben auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen die im Vertrag angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses sowie zur Vermittlung weiterer Informationen über Aufbaukurse.

Sie sind gemäß Artikel 15 DSGVO jederzeit berechtigt, gegenüber der Freien Heilpraktikerschule Freiburg um umfangreiche Auskunftserteilung zu den zu Ihrer Person gespeicherten Daten zu ersuchen.

Gemäß Artikel 17 DSGVO können Sie jederzeit gegenüber der Freien Heilpraktikerschule Freiburg die Berichtigung, Löschung und Sperrung einzelner personenbezogener Daten verlangen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem Widerspruchsrecht Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an den Vertragspartner übermitteln. Es entstehen Ihnen dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Einwilligung der Datennutzung zu weiteren Zwecken

Sind Sie mit dem folgenden Nutzungszweck einverstanden, kreuzen Sie dies bitte entsprechend an:

Ja Nein

- ☐ ☐ Ich willige ein, dass mir die Freie Heilpraktikerschule Freiburg GmbH den **einmal monatlich erscheinenden Newsletter** per Mail zuschickt.

[Ort, Datum]

[Unterschrift Teilnehmer*in]

Gläubiger Id. Nr. DE90ZZZ00000464725

Mandatsreferenz: _____

Hiermit ermächtige ich die Freie Heilpraktikerschule Freiburg GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen:

☐ jeweils am 01. eines Monats

☐ jeweils am 15. eines Monats

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Freie Heilpraktikerschule Freiburg GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen

Name & Vorname: _____
Kontoinhaber*in

Adresse: _____

PLZ / Stadt: _____

Name Kreditinstitut: _____

BIC Kreditinstitut: _____ (oder BLZ)

IBAN: _____ (oder Konto Nr.)

Datum, Ort: _____

Unterschrift: _____