

Hiermit melde ich mich für den Kurs „Entspannungsberater/-in“ verbindlich an:

Name & Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ / Stadt: _____

Tel.: _____

Email: _____

Beruf: _____

Vorkenntnisse: _____

Termine: Insgesamt 12 Unterrichtseinheiten (montags von 18 bis 21 Uhr)
Und zwei Wochenendseminare (Sa. von 10 bis 18 Uhr, So. von 10 bis 16 Uhr)
Mündliche Prüfung auf freiwilliger Basis am Montag, 29. Juli 2018

-bitte ankreuzen-

<input type="checkbox"/> Als Einzelvertrag: (Kursgebühren fällig ab 01. März 2019)
<input type="checkbox"/> einmalig € 1.198,-
oder <input type="checkbox"/> 6 Monatsraten à € 206,- (gesamt € 1.236,-)
oder <input type="checkbox"/> 12 Monatsraten à € 104,- (gesamt € 1.248,-)
<input type="checkbox"/> 5% Frühbucherrabatt bei Anmeldungen bis zum 18. Dezember 2018 ☺
<input checked="" type="checkbox"/> Zzgl. € 120,- Einschreibegebühr (inkl. Skript- und Materialkosten)

<input type="checkbox"/> Als Zusatzvertrag einer Heilpraktikerausbildung (HP / TZ / WE): Die Ausbildungskosten betragen € 1.138,10 (€ 1.198,- abzgl. 5% Rabatt) bei einmaliger Bezahlung bzw. € 1.185,60 (€ 1.248,- abzgl. 5% Rabatt) bei Ratenzahlung. Im Falle einer Ratenzahlung werden die Raten mit den Kosten der Heilpraktikerausbildung verrechnet. Bei einmaliger Bezahlung ist die Kursgebühr drei Wochen vor Kursbeginn fällig. Die Einschreibegebühr entfällt.
--

<input type="checkbox"/> Buchung einzelner Themenblöcke (ohne Abschluss „Entspannungstherapeut/-in, Entspannungspraktiker/-in“)
<input type="checkbox"/> Aromatherapie: Mo. 25. März /Mo. 01. /Mo. 08. /Mo. 29. April /Mo. 06. Mai
<input type="checkbox"/> Wochenendseminar Holistic Pulsing: Sa. 11. & So. 12. Mai
<input type="checkbox"/> Autogenes Training: Mo. 20. /Mo. 27. Mai /Mo. 03. /Mo. 24. Juni /Mo. 01. Juli
<input type="checkbox"/> Wochenendseminar Meditation & Mentaltraining*: Sa. 06. & So. 07. Juli
<hr/>
Kosten:
<input type="checkbox"/> € 315,- xThemenblöck(e) von 5 Terminen =
<input type="checkbox"/> € 260,- x Wochenendseminar(e) =

Zum Ausbildungsvertrag:

Die Ausbildung kann ab einer Mindestteilnehmerzahl von sechs Personen gewährleistet werden. Ein Rücktritt (bitte immer in Schriftform) ist bis zu drei Wochen vor Ausbildungsbeginn kostenfrei.

Bei Vertragsrücktritt wird die Einschreibegebühr einbehalten.

Bei Rücktritt ab drei Wochen vor Ausbildungsbeginn ist keine Rückzahlung der Gebühren mehr möglich, Sie haben aber die Möglichkeit, ein(e) Ersatzteilnehmer/-in zu stellen.

Bei Nichterscheinen oder nur zeitweiliger Teilnahme an dem Unterricht bleibt die gesamte Kursgebühr fällig.

Der Kurs kann nicht wiederholt werden.

Plan- und Terminänderungen vorbehalten.

Die Skripte die den Kursteilnehmern zur Verfügung gestellt werden sind urheberrechtlich geschützt. Die Vervielfältigung bzw. Verbreitung dieser, sowie Video- oder Tonaufnahmen des Unterrichtes sind nur mit vorheriger schriftlicher Genehmigung der Schulleitung erlaubt.

Jede(r) Teilnehmer/-in ist für sich selbst verantwortlich.

Die Freie Heilpraktikerschule Freiburg übernimmt keine Haftung für Schäden an Personen oder Gegenständen.

Ein Recht zur Kündigung besteht für die Freie Heilpraktikerschule Freiburg GmbH wenn der/die Kursteilnehmer/-in schwerwiegend gegen die Interessen der Schule verstößt.

Diese Ausbildung allein befähigt nicht zur Ausübung der Heilkunde ohne Erlaubnis.

Die Anmeldefrist zur schulinternen Prüfung endet am 10. Juli 2019.

Für die Prüfung zugelassen werden nur Teilnehmer/-innen der Gesamtausbildung, die bei mindestens 80% des Unterrichts anwesend waren. Im Ausbildungszertifikat werden nur alle tatsächlich besuchten Module und die daraus resultierende wahrgenommene Ausbildungszeit bestätigt.

Datum

(Unterschrift Heilpraktikerschule)

(Unterschrift Kursteilnehmer/-in)

Die im Vertrag angegebenen personenbezogenen Daten, insbesondere Name, Anschrift, Telefonnummer, Bankdaten, die allein zum Zwecke der Durchführung des entstehenden Vertragsverhältnisses notwendig und erforderlich sind, werden auf Grundlage gesetzlicher Berechtigungen erhoben.

Einwilligung in die Datennutzung zu weiteren Zwecken

Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie diese bitte entsprechend an. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, lassen Sie die Felder bitte frei.

- Ich willige ein, dass mir die Freie Heilpraktikerschule Freiburg GmbH postalisch Informationen und Angebote zum Zwecke der Werbung übersendet, insbesondere das einmal jährlich erscheinende Kursprogramm.
- Ich willige ein, dass mir die Freie Heilpraktikerschule Freiburg GmbH per E-Mail/Telefon/Fax/SMS* Informationen und Angebote zum Zwecke der Werbung übersendet, insbesondere den einmal monatlich erscheinenden Newsletter. (* bei Einwilligung bitte Unzutreffendes streichen)

[Ort, Datum]

[Unterschrift des Betroffenen]

Rechte des Betroffenen: Auskunft, Berichtigung, Löschung und Sperrung, Widerspruchsrecht

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.

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: _____