

Ausbildungsvertrag

„Massagetherapie“ 2. Halbjahr 2019

Seite 1/4

zwischen der Freien Heilpraktikerschule Freiburg GmbH und

Name & Vorname: _____

Adresse: _____

PLZ / Stadt: _____

Tel.: _____

Email: _____

Beruf: _____

Foto

Meine Motivation bzw. Vorkenntnisse: _____

Hiermit melde ich mich verbindlich für folgende Ausbildung/Kurse an:

-bitte ankreuzen-

Als Einzelvertrag:
Gesamtausbildung 2. Halbjahr 2019 mit Abschluss

„**Massagetherapeut/-in, Massagepraktiker/-in**“

8 Wochenenden à 15 Std. - gesamt 120 Std.

Kosten (fällig ab 01. September 2019):

€ 1.980,- (bei einmaliger Gesamtzahlung)

oder: 8 Monatsraten à € 255,- (Gesamt: € 2.040,-)

5% Frühbucherrabatt bei Anmeldung bis zum 21. Juni 2019

Bitte beachten Sie, dass sich bei der Gesamtbuchung die angebotenen Einzelkurse in der Frühjahrs- und der Herbstausbildung unterscheiden!

Der Tausch von Einzelkursen zwischen der Frühjahrs- und der Herbstausbildung ist aus schulorganisatorischen Gründen nicht möglich.

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

Die Ausbildungskosten betragen bei einmaliger Bezahlung € 1.881,- (€ 1.980,- abzgl. 5% Rabatt) bzw. € 1.938,- (€ 2.040,- 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 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: _____