

Heilpraxis Heiko Schulze

Heilpraktiker, Dipl. Physiotherapeut
Akupunktur • Shiatsu • Sotaiho

Anmeldung

Hiermit melde ich mich verbindlich an zum Seminar

Mit den unten stehenden Anmeldebedingungen erkläre ich mich einverstanden.

Name	<input type="text"/>
------	----------------------

Telefon	<input type="text"/>
---------	----------------------

eMail	<input type="text"/>
-------	----------------------

Ort	<input type="text"/>
-----	----------------------

Datum	<input type="text"/>
-------	----------------------

Unterschrift	<input type="text"/>
--------------	----------------------

Anmeldebedingungen:

- 1) Die Anmeldung gilt ab Eingang der Teilnahmegebühr. Sie erhalten die Kontodaten nach Eingang in Textform zugesendet.
- 2) Rückerstattung bei Absage erfolgt **bis 2 Wochen vor Seminarbeginn, dann muss die volle Teilnahmegebühr entrichtet werden!**
- 3) Bei Fragen und anderen Anliegen wenden Sie sich bitte an mich (Adresse s.u.).

Heilpraxis Heiko Schulze

Kramerstr. 12

T (0511) 300 58 53

D-30159 Hannover

e mail@balanceheilpraxis.de