Hanne Marquardt
Fussreflex®

Zentrum Berlin

Gerd Duffe
Altkötzschenbroda 35
01445 Radebeul
Tel.: 0351 - 8336840
Fax: 0351 – 8336842
Mobil: 0177 - 7717309
kontakt@fussreflex-sachsen.de

Anmeldung 2018 - Zentrum Berlin

Ich melde mich verbindlich für folgende(n) Kurs(e) an :

Kurs 1	440,00 €	vom	bis
Kurs 2	440,00 €	vom	bis
Kurs 3	440,00 €	vom	bis
Kurs 4	230,00 €	vom	bis
Prüfung	220,00 €	am	
Auffrischungstag	120,00 €	vom	bis

Alle Kurse incl. Prüfung sind im Zeitraum von 3 Jahren abzuschließen.
Zwischen den einzelnen Kursen sind einige Monate praktischer Erfahrung erforderlich.

Damit wir Sie gut betreuen können, sollten wir vorab informiert werden, ob Sie

( ) stark sehbehindert, ( ) hörgeschädigt sind.

Wichtig :

Gesundheitliche Belastungen können zu starken Reaktionen während des Kurses führen und unter Umständen eine Kontraindikation darstellen. Aus diesem Grund ist es notwendig, die Lehrkraft mit Ihrer Anmeldung zu informieren über :
- schwere akute Krankheiten und Unfälle in der letzten Zeit,
- Psychosen (auch länger zurückliegende),
- chron. fortschreitende schwere Erkrankungen,
- Beschwerden in der Schwangerschaft.

Sie anerkennen mit Ihrer Unterschrift, daß die Ausbildung in Reflexzonentherapie am Fuß **keine Lehrberechtigung** beinhaltet. Die erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten dürfen nicht in eigenen Kursen weitervermittelt werden.

Der Kursbesuch geschieht auf eigene Verantwortung und Haftung.
Sollten Sie nach Ihrer Anmeldung aus gesundheitlichen oder anderweitigen Gründen nicht zum Kurs erscheinen können, so setzen Sie die Lehrstätte gleich davon in Kenntnis, damit Ihnen keine unnötigen Kosten entstehen.

Bei Rücktritt vom Kurs 4 - 2 Wochen vor Kursbeginn wird eine Bearbeitungsgebühr von € 100,00 erhoben, wer innerhalb von zwei Wochen vor Kursbeginn absagt, muß die volle Kursgebühr bezahlen, außer er stellt eine Ersatzperson.

Kursgebühr: Bei Anmeldung ist sofort eine Gebühr von 100,- € zu überweisen.
Vier Wochen vor Kursbeginn ist der Rest zu überweisen.
Kontodaten werden ihnen nach der Anmeldung zugesandt.

Unterbringung: bitte selbst suchen.

Berufsbild: _____
Bitte eine Kopie mitschicken.

Anschrift: (bitte in Druckschrift)

Name:.....

Str.:.....

Plz.:.....Ort:.....

Praxis:.....

Str.:.....

Plz: .....Ort:.....

Telefon privat:.....beruflich:.....

E-Mail Adresse: _____

Ich erkenne alle genannten Bedingungen an

....
Ort und Datum Unterschrift

Die ausgefüllte und unterschriebene Anmeldung bitte an das Zentrum zurücksenden.