FAUST Die Rückenpraxis
Neumarktplatz 1
26316 Varel
Tel. 04451-1244188

info@die-rueckenpraxis.de

Kursleitung: Nikola-Elisabeth Faust
Heilpraktiker (Sek.)

Anmeldung

orthoki

Haltungs- und Statiktraining
Tiefenmuskel-Krafttraining
Funktionelles Dehnen

(Kursgebühr = 165,00 EUR)

Hiermit melde ich mich zum o.a. Kurs am _____ um _____ Uhr an.

Name, Vorname: _____

Str./ Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ email: _____

Geburtsdatum: _____

_____ _____
Ort, Datum **Unterschrift**

Allgemeine Geschäftsbedingungen: Der Teilnehmer meldet sich zum o.g. Kurs verbindlich an und erkennt mit seiner Unterschrift die nachfolgenden Bedingungen an:
Bei Ausfall eines Kurstermins durch Urlaub/Fortbildung wird ein Ersatztermin angeboten.
Bei Krankheit der Kurskraft oder durch höhere Gewalt entfällt der entsprechende Termin(e).
Es besteht kein Anspruchauf teilweise Rückerstattung der Kursgebühr.
Versäumte Termine und Nichtteilnahme des Kunden an Kurseinheiten können nicht nachgeholt werden oder zurückerstattet werden.

Die Anmeldung muss **schriftlich erfolgen**. Mit der Anmeldung kommt ein Vertrag zustande.
Die komplette Kursgebühr in Höhe von **165,00 EUR** ist **3 Wochen vor Kursbeginn** zu entrichten.
Die Platzvergabe erfolgt nach Anmeldung und Geldeingang.
Verwendungszweck : **DATUM KURSBEGINN UND NAME DES TEILNEHMERS**

Die Teilnahme erfolgt auf eigene Verantwortung. Die Kursleitung übernimmt keinerlei Haftung bei Beschädigungen, Unfällen (innerhalb der Räume und bei Exkursionen), Verlust, Verspätungen und sonstigen Unregelmäßigkeiten.
Wir haften nur für Schäden, die durch Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit unsererseits entstanden sind.
Für mitgebrachte Wertsachen, Schmuck, Geld sowie Kleidung übernimmt die Kursleitung/Praxis keinerlei Haftung.

Datenschutz
Ihre Daten werden vertraulich behandelt und keinem Dritten zugänglich gemacht. Sie dienen ausschließlich der Verwaltung oder zur Kontaktaufnahme.

- -

Überweisung in Höhe von 165,00 EUR bis 3 Wochen vor Kursbeginn!

Kursbeginn: Datum …..... Uhrzeit ….....

Bankinstitut:	**Deutsche Kreditbank AG**
IBAN:	**DE98 1203 0000 1050 0020 29**
BIC:	**BYLADEM1001**
Empfänger:	**FAUST Die Rückenpraxis**
Verwendungszweck:	**Datum Kursbeginn und Name des Teilnehmers**