

Anmeldung – Zentrum Österreich

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

- Kurs 1 vom bis
- Kurs 2 vom bis
- Kurs 3 vom bis
- Kurs 4 inkl. Prüfung vom bis
- Wellnesskurs vom bis

Die 4 Kurse sind im Zeitraum von 3 Jahren abzuschließen.

Zwischen den einzelnen Kursen sind einige Monate praktischer Erfahrung erforderlich.

Damit ich Sie gut betreuen kann, informieren Sie mich bitte vorab, ob Sie () stark sehbehindert oder () 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, dass Sie mich mit Ihrer Anmeldung 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 weitergegeben 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 mich sofort davon in Kenntnis, damit Ihnen keine unnötigen Kosten entstehen.

Bei **Rücktritt** 4 Wochen vor Kursbeginn wird die volle Kursgebühr fällig, außer Sie stellen eine Ersatzperson.

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

Datenschutzerklärung: Mit ihrer Unterschrift erklären Sie sich einverstanden, dass Ihre privaten und dienstlichen Daten (Name, Adresse, Telefonnummern, E-Mail Adresse) von den Zentren für Hanne-Marquardt-Fussreflex® digital verarbeitet werden dürfen. Ihre Daten werden nicht an Personen, Institutionen, Firmen außerhalb der Zentren weitergegeben. Wir unterhalten aktuelle technische Maßnahmen zur Gewährleistung der Datensicherheit, insbesondere zum Schutz Ihrer personenbezogenen Daten vor Gefahren bei Datenübertragungen sowie vor Kenntniserlangung durch Dritte. Diese werden dem aktuellen Stand der Technik entsprechend jeweils angepasst.

Beruf (bitte eine Kopie mitschicken):

Privatanschrift:

Name:

Adresse:

Plz.: Ort:

Praxis:

Adresse:

Plz.: Ort:

Telefon privat: beruflich:

E-Mail Adresse:

Ich erkenne alle genannten Bedingungen an.

Ort und Datum

Unterschrift