

Anmeldung

Ja, ich melde mich hiermit verbindlich zu folgendem Kurs an:

Chakradance™ 9-Wochen-Kurs

02.10.2024 – 27.11.2024
jeden Mittwoch 18:00 bis 20:30 Uhr

Teilnahmegebühr: 195,00 EUR pro Person

Name, Vorname:

Anschrift:

Telefon:

Email:

Bitte überweisen Sie den Gesamtbetrag unter Angabe der Veranstaltung auf folgendes Konto:

Michaela Pfütsch, IBAN: DE20840540401180009920 Sparkasse Hildburghausen

Die Teilnahmegebühren habe ich auf das angegeben Konto überwiesen am:

Stornierung:

Grundsätzlich beträgt der Stornierungsbetrag 50,- Euro.

14 Tage vor Kursbeginn beträgt der Stornierungsbetrag 50%. Bei kurzfristiger Stornierung (ab 3 Tagen vor Kursbeginn) beträgt der Stornierungsbetrag 100% der Gesamtkosten (alternativ kann ein Ersatzteilnehmer gestellt werden).

Teilnahmebedingungen:

Da die Teilnehmerzahl begrenzt ist, werden die Plätze nach Anmeldedatum vergeben. Die Teilnahmegebühr wird direkt mit der Anmeldung fällig. Bitte haben Sie Verständnis, dass Ihr Platz erst dann fest gebucht werden kann, wenn der Betrag überwiesen wurde.

Für den Fall, dass die Mindestteilnehmerzahl nicht erreicht wird oder der Kurs/die Veranstaltung aus anderen Gründen abgesagt werden muss, erstatte ich Ihnen die bereits gezahlte Teilnahmegebühr selbstverständlich zurück. Ansprüche darüber hinaus bestehen nicht.

Wird der Kurs durch den Teilnehmer vor dem Ende des 9. Teils abgebrochen, erfolgt keine anteilige oder komplette Erstattung der Teilnahmegebühr.

Haftung:

Die Kursteilnahme erfolgt freiwillig und eigenverantwortlich. Sie tragen die volle Verantwortung für sich selbst und Ihre Handlungen innerhalb des Kurses. Für verursachte Schäden kommen Sie selbst auf und stellen den Kursleiter frei von allen Haftansprüchen. Jeder Kurs ist eine wirkungsvolle Selbsterfahrung, die psychische Belastbarkeit und Eigenverantwortung voraussetzt.

Hinweis:

Es sei an dieser Stelle nachdrücklich darauf hingewiesen, dass Geistige Heilung, die Teilnahme an meinen Kursen oder Konsultationen bei mir keinesfalls den Besuch eines Arztes und dessen diagnostische Tätigkeit und Behandlung ersetzen kann und soll. Ebenso wenig sollten Sie die von Ärzten verschriebenen Medikamente absetzen!

Die zuvor genannten Geschäftsbedingungen habe ich zur Kenntnis genommen und ich erkläre mich mit ihnen einverstanden. Meine Teilnahme erfolgt in eigener Verantwortung und auf eigene Gefahr.

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten für Zwecke der Veranstaltungsabwicklung und für spätere Informationen elektronisch be- und verarbeitet werden. Die Daten werden selbstverständlich nicht an Dritte weitergegeben. Es gelten die Datenschutzbestimmungen auf der mir ausgehändigten Datenschutz-Einwilligungserklärung, die ich gelesen und verstanden habe.

Ort/ Datum/ Unterschrift:

Per Email an: info@koerper-atem-seele-yoga.de

Oder per Post an: **Körper-Atem-Seele-Yoga, Gewerbstraße 12, 98646 Reurieth/Siegritz**