

ANMELDUNG

für den **Prüfungskurs Psychotherapie**
an der Heilpraktikerschule Wegwarte in Marburg an der Lahn

Hiermit melde ich mich verbindlich für den Prüfungskurs Psychotherapie an der Heilpraktikerschule Wegwarte an. Die Anmeldung wird verbindlich, sobald Du eine schriftliche Zusicherung für die Kursteilnahme erhältst.

Bitte trage hier den gewünschten Kursbeginn ein:

Persönliche Daten:

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Ausgeübter Beruf:

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/Mobilfunknummer:

E-Mail: _____

Inhalte:

In diesem Kurs werden grundlegende Kenntnisse über das gesamte Spektrum der psychischen Erkrankungen, angefangen von der Depression bis zu Zwangsstörungen, unterrichtet. In Kombination mit einem psychotherapeutischen Verfahren – welches ebenfalls bei unseren Kooperationspartner*innen erlernt werden kann - wird die berufliche Grundlage gelegt, um psychotherapeutisch in eigener Praxis oder freiberuflich für verschiedene Anbieter arbeiten zu können.

Dauer:

6 Monate; 144 UE (à 45 Minuten)

Unterrichtszeiten:

Freitag 18:00-21:00 Uhr, Samstag 9:30-17:30 Uhr; die genauen Zeiten entnehme bitte dem aktuellen Stundenplan

Ausbildungskosten:

Die Kursgebühr beträgt 2.800,- € bei Ratenzahlung.

Bei der Einmalzahlung erhalte ich einen Rabatt in Höhe von 100,-€, die Gebühr beträgt dann 2.700,- €.

Bei der Anmeldung ist eine Anzahlung in Höhe von 10% der Kursgebühr fällig.

Die Ausbildung/Weiterbildung ist nach §4 Nr. 21 a) bb) UstG umsatzsteuerfrei.

Zusätzlicher Frühbucherrabatt:

Bei einer Anmeldung bis vier Monate vor Kursbeginn erhalte ich einen gewährleisteten Rabatt von 100,- €.

Zahlungsweise:

Bitte kreuze die gewünschte Zahlungsweise an.

- Ich wähle die **Ratenzahlung mit 6 Monatsraten.**
Die Raten überweise ich, wie im Zahlungsplan der Rechnung angegeben.
- Ich wähle die **Einmalzahlung.**

Wie bist Du auf die Heilpraktikerschule Wegwarte aufmerksam geworden?

- Freunde
- Internet
- Anzeigen
- Facebook
- Sonstiges _____

Die **Allgemeinen Geschäftsbedingungen** habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne diese durch meine Unterschrift an.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Das unterzeichnete Anmeldeformular ist per Post oder eingescannt per E-Mail an die Heilpraktikerschule Wegwarte zu richten.

Postadresse: Heilpraktikerschule Wegwarte, Sandweg 31, 35274 Kirchhain

E-Mail-Adresse: mail@heilpraktikerschule-wegwarte.de

Bestätigung der Anmeldung und des Kursplatzes durch die Schulleitung:

Datum: _____ Unterschrift: _____