

# ANMELDUNG

für den **Zweijährigen Prüfungskurs der Heilpraktiker Ausbildung**  
an der Heilpraktikerschule Wegwarte in Marburg an der Lahn

**Hiermit melde ich mich verbindlich für den Zweijährigen Prüfungskurs der Heilpraktiker Ausbildung an der Heilpraktikerschule Wegwarte an. Die Anmeldung wird verbindlich, sobald Sie eine schriftliche Zusicherung für die Kursteilnahme erhalten.**

Bitte tragen Sie hier den gewünschten Kursbeginn ein:

## Persönliche Daten:

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf:

\_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon/Mobilfunknummer:

\_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

## Inhalte:

Der zweijährige Prüfungskurs der Heilpraktiker Ausbildung ist besonders für Interessen\*innen ohne oder mit geringen medizinischen Vorkenntnissen geeignet. In lernintensiven Kleingruppen mit maximal 14 Teilnehmer\*innen vermitteln wir ihnen anatomische Grundkenntnisse, die Funktionen der einzelnen Organe und Organsysteme sowie die Krankheitslehre.

## Dauer:

27 Monate, 544 UE

## Unterrichtszeiten:

Dienstag: 17.00 - 20.30 Uhr

Donnerstag (alle 4-6 Wochen): 17.00 - 20.30 Uhr

### Ausbildungskosten:

Die Kursgebühr beträgt 5.400,- €.

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

### Frühbucherrabatt.

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

### Zahlungsweise:

**Bitte kreuzen Sie die gewünschte Zahlungsweise an.**

- Ich wähle die **Ratenzahlung mit 27 Monatsraten.**  
Die Raten überweise ich, wie im Zahlungsplan der Rechnung angegeben.
- Ich wähle die Einmalzahlung.

### Wie sind Sie 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 via E-Mail an die Heilpraktikerschule Wegwarte zu richten.

**Postadresse:** Heilpraktikerschule Wegwarte, Sandweg 31, 35274 Kirchhain

**E-Mail-Adresse:** [mail@heilpraktikerschule-wegwarte.de](mailto:mail@heilpraktikerschule-wegwarte.de)

-----  
**Bestätigung der Anmeldung und des Kursplatzes durch die Schulleitung:**

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_