

ANMELDUNG

für die **Ausbildung in Ayurveda-Medizin**
an der Heilpraktikerschule Wegwarte in Marburg an der Lahn

Hiermit melde ich mich für die Ausbildung in Ayurveda-Medizin an der Heilpraktikerschule Wegwarte an. Die Anmeldung wird verbindlich, sobald Sie eine schriftliche Zusicherung für die Kursteilnahme erhalten.

- Ausbildungsabschnitt 1
- Ausbildungsabschnitt 2 Hinweis: zur Zeit nicht buchbar

Bitte kreuzen Sie an, für welche Teile der Ausbildung Sie sich anmelden möchten.

Persönliche Daten:

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Ausgeübter Beruf:

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon/Mobilfunknummer:

E-Mail: _____

Inhalte:

Das Basisstudium beinhaltet die Grundlagen zum Verständnis dieser bewährten Naturheilkunde. Schrittweise erhalten Sie einen fundierten Einblick in ayurvedisches Denken und Arbeiten und schließen mit folgenden Zertifikaten ab: "Ayurveda- Ernährungs- und Gesundheitsberater*in" sowie "Ayurveda-Massagetherapeut*in".

Der Schwerpunkt des zweiten Abschnitts liegt auf der Behandlung unterschiedlicher Erkrankungen und ayurvedischen Therapieverfahren und schließt mit dem Zertifikat „medizinische/r Ayurvedatherapeut*in“ ab.

Dauer:

Ausbildungsabschnitt 1: 10 Monate; 243 UE (à 45 Minuten); insgesamt 28 Tage (siehe Stundenplan)

Ausbildungsabschnitt 2: 10 Monate; 243 UE (à 45 Minuten); insgesamt 28 Tage (siehe Stundenplan)

Ausbildungskosten:

Die Kursgebühr beträgt 3.900,- € pro Ausbildungsabschnitt.

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 10 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

Bestätigung der Anmeldung und des Kursplatzes durch die Schulleitung:

Datum: _____ Unterschrift: _____