

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 Interessenten*innen ohne oder mit geringen medizinischen Vorkenntnissen geeignet. In lernintensiven Kleingruppen vermitteln wir ihnen anatomische Grundkenntnisse, die Funktionen der einzelnen Organe und Organsysteme sowie die Krankheitslehre.

Dauer:

27 Monate, 544 UE (à 45 Minuten)

Unterrichtszeiten:

Dienstag oder Mittwoch: 17.00 - 20.30 Uhr

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

Die genauen Daten übernehmen Sie bitte dem Stundenplan.

Ausbildungskosten:

Die Kursgebühr beträgt 5.670,- €.

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 Ratenzahlung mit **2 Raten.**

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: _____