

ANMELDUNG

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

Hiermit melde ich mich verbindlich für den Zweijährigen Prüfungskurs für den allgemeinen Heilpraktiker 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:

Der zweijährige Prüfungskurs für den allgemeinen Heilpraktiker ist besonders für Interessenten*innen ohne oder mit geringen medizinischen Vorkenntnissen geeignet. In lernintensiven Kleingruppen vermitteln wir Dir 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 entnehme bitte dem Stundenplan.

Ausbildungskosten:

Die Kursgebühr beträgt 6.480,- € bei einer monatlichen Ratenzahlung in Höhe von 240,-€.

Bei einer Zahlung in 2 Raten beträgt die Gebühr 6.220,-€.

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 gewährleisten wir einen Rabatt von 100,- €.

Zahlungsweise:

Bitte kreuze 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 bist Du auf die Heilpraktikerschule Wegwarte aufmerksam geworden?

- Freunde
- Internet
- Anzeigen
- Facebook/Instagram
- 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: _____