

ANMELDUNG

für den zweijährigen Prüfungskurs an der Heilpraktikerschule Wegwarte in Marburg

Hiermit melde ich mich verbindlich für den zweijährigen Prüfungskurs an der Heilpraktikerschule Wegwarte an

Kursbeginn:

Persönliche Daten:

Vorname: Name:

Geburtsdatum: Ausgeübter Beruf:

Straße: PLZ: Ort:

Telefon: E-Mail:

Ausbildungskosten:

Die Ausbildungsgebühr beträgt **5.400,- €**

Zahlungsweise:

Die Ausbildungsgebühr möchte ich in folgender Weise zahlen (bitte ankreuzen):

- in zwei Raten. Das bedeutet, dass ich den gewährleisteten Rabatt in Höhe von 200,- € in Anspruch nehme und die erste Rate spätestens bei meinem Ausbildungsbeginn zahle. Die nächste Rate wird in 12 Monaten fällig.
- in vier Raten. Das bedeutet, dass ich den gewährleisteten Rabatt in Höhe von 150,- € in Anspruch nehme und die erste Rate spätestens bei meinem Ausbildungsbeginn zahle. Die restlichen Raten werden in sechsmonatigem Abstand fällig.
- in monatlichen Raten. Das bedeutet, dass ich 200,- € per Dauerauftrag jeweils zum des Monats überweise, beginnend in dem Monat, in dem die Ausbildung beginnt. Ich verpflichte mich zur Einrichtung eines Dauerauftrages.
- Mit den Allgemeinen Geschäftsbedingungen erkläre ich mich einverstanden.

Bitte beachten Sie, dass die Heilpraktikerschule sich das Recht vorbehält, Ihren Platz an andere Interessenten zu vergeben, solange keine der Zahlungsvereinbarung entsprechende Zahlung eingegangen ist.

Datum: Unterschrift: