

# Anmeldeformular

## Weiterbildung in der Heilbegleitung

*Fortbildung mit Selbsterfahrung und Vermittlung von praxisorientierten körpertherapeutischen, energetischen und schamanischen Heilmethoden*

*6 Wochenenden von freitags 18 Uhr bis sonntags ca. 16 Uhr*

Name & Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Emailadresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Relevante Informationen (Einnahme von Medikamenten, Einschränkungen etc.)

\_\_\_\_\_

**Termine:** 01.-3. September 2023 / 6.-8. Oktober / 24.-26. November /

12.-14. Januar 2024 / 23.-25. Februar / 22.-24. März (6 WE von FR 18 Uhr bis SO ca. 16 Uhr)

**Ort:** Seminarräume in der Region Angeln/Schleswig/Flensburg/Glücksburg. Das 1. Wochenende wird direkt an der Ostsee in 24972 Neukirchen stattfinden. Übernachtungsmöglichkeiten für externe Teilnehmer nach Absprache.

**Kosten:** 1.998€ (333€ pro Wochenende) Ratenzahlung & Weiterbildungs-Förderung nach Absprache möglich. Eventuell können für **ein** Wochenende, bei dem wir als Gruppe evtl. in einer Fewo übernachten werden, zusätzliche Übernachtungskosten anfallen.

Förderung durch I-Bank von 40% der Seminarkosten möglich! Der Antrag auf Weiterbildung muss mind. 2 Monate vor Beginn bei der I-Bank eingereicht werden. Kontakt für Fragen: Heike Kaiser, Weiterbildungsberaterin 0152-38923085

**Zahlung:** 333€ für das erste Wochenende bei Anmeldung, dann jeweils 333€ **bis 4 Wochen vor** dem nächsten Wochenend-Seminar (oder monatliche Ratenzahlung nach Absprache) auf folgendes Konto:

IBAN: DE67 2069 0500 0003 8161 92 BIC GENODEF1S11 Sparda Bank Hamburg

*Mit unterschriebener Anmeldung verpflichte ich mich an der Teilnahme zur Weiterbildung zum Heilbegleiter(in). Auch bei Versäumnis von einzelnen Wochenenden ist mir bewusst, dass die Teilnahmegebühr die gesamte Fortbildung umfasst und nicht erstattungsfähig ist. Bei Erkrankung und sonstigen schwerwiegenden Gründen, die einen Abbruch der Maßnahme notwendig machen, kann im Einzelfall/ bzw. aus Kulanz eine Einigung getroffen werden.*

*Ich versichere, an dieser Weiterbildung eigenverantwortlich, bei psychischer und körperlicher Gesundheit und Belastbarkeit und ohne rechtliche Ansprüche an Dritte teilzunehmen.*

*Ich stimme der Verarbeitung meiner Daten für maßnahmenbezogene Zwecke (Kontaktliste etc.) zu.*

Datum & Unterschrift

-----