



ANMELDUNG ZUR 4-TAGES AUSBILDUNG

Hiermit melde ich mich verbindlich für die folgende 4-Tages-Ausbildung im
Lichtlächeln Yogazentrum, Vorstadtstraße 1, 73494 Rosenberg an:

„MASSAGE-THERAPEUT“

Vorname _____

Nachname: _____

Straße/Hausnummer: _____

PLZ/Ort: _____

Geburtstag: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Mobile: _____

Ich überweise **mindestens 2 Wochen vor der Ausbildung** den Betrag von **398 Euro**
auf folgendes Konto:

Empfänger: Lichtlächeln Yogazentrum
IBAN: DE 32 6149 1010 0242 9090 27
BIC: GENODES1ELL

Ich übernehme die volle Verantwortung für meine Gesundheit.
Die 4-TAGES-AUSBILDUNG ersetzt keine ärztliche Behandlung.
Jegliche Haftung seitens des Veranstalters ist ausgeschlossen.

Ort, Datum, Unterschrift

