

An
Kurt Schröter
Praxis für Gestalttherapie, Supervision und Weiterbildung
Kaiserstr. 9
53113 BONN

Hiermit melde ich mich verbindlich für den / die „**Atemenergetischen Tag(e)**“.

Datum: in Bonn an.

Name:

Vorname:

Adresse:

Telefon

E-Mail:

Ort: Praxisgemeinschaft Kaiserstr. 9, 53113 Bonn

FAX 02241 -165 5898; E-Mail: kurt-schroeter@t-online.de

Kosten: Bitte eine Woche vor Seminarbeginn 90 Euro überweisen.

Bankverbindung: DE32 5001 0517 5422 3088 34

Rücktrittsregelung: Eine Stornierung bis 2 Tage vor dem Seminar ist kostenfrei. Danach wird eine Ausfallgebühr in Höhe von 35,00 Euro fällig, falls kein Ersatzteilnehmer gefunden werden sollte.

Ich nehme an der Gruppe selbstverantwortlich teil. Die Teilnahme an der Gruppe ist keine Heilbehandlung und ersetzt keine Psychotherapie.

Ort Datum Unterschrift