**Anmeldeformular:**

Hiermit melde ich mich für die Ausbildung verbindlich an:

Kurs für :  **Autogenes Training**

Termine :

Name : ........................................................................

Vorname: ....................................................................

Strasse:.....................................................................................................................................

PLZ : ................................................ Ort: ...............................................................................

Tel. : ........................................................... Fax: ..........................................

E-Mail: ........................................................................

Geboren am: .............................................................

Familienstand: ...........................................................

bisherige spirituelle Ausbildungen:

..................................................................................................................................................

Grundstufe mit 8 Übungen, Mittelstufe und Oberstufe jeweils mit 7 Übungen.

Grundkurs pro Übung 30,00 EUR, Gesamtgebühr 240,00 EUR.

Für jede Übung erhalten Sie im Grundkurs eine CD.

Für die Mittelstufe und Oberstufe beträgt die Kursgebühr jeweils 220,00 EUR.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich mit den schriftlich vorliegenden Anmelde-

und Zahlungsbedingungen von Einklang & Harmonie einverstanden bin.

Ort: ....................................................................... Datum:........................................................

Unterschrift:...............................................................................................................................

Rücktrittsrecht : ( für Kurse, Seminare u. Ausbildungen )

Die Rücktrittserklärung bedarf der Schriftform, an die Ausbildungsstätte der Heilpraxis von Rosemarie Schmidt, Heilpraktikerin/Geistheilerin, Karl-Joos-Straße 62, 70806 Kornwestheim.

Durch nachstehende Unterschrift bestätige ich, dass ich von diesem Rücktrittsrecht Kenntnis genommen habe.

Datum: ................................................

Unterschrift: ........................................

Ich freue mich auf eine liebevolle Zusammenarbeit.

Rosemarie Schmidt, Heilpraktikerin

Karl-Joos-Straße 62, 70806 Kornwestheim   
Tel. 07154 / 1552536, Fax 07154 / 1552537

schmidthofmann@googlemail.com