

Anmeldung zum Wochenendseminar (Intensivseminar) „Haus des Wissens“ nach Sabine Fruth

Hiermit melde ich mich verbindlich für das Wochenendseminar „Haus des Wissens“ von und mit Sabine Fruth an.

Details zur Veranstaltung:

Termin: 27. – 29.04.2018
Beginn 16.00 Uhr
Ort: Haus Ebersberg in 34596 Bad Zwesten/Wenzigerode
Ebersberg Str. 27

Eigene Daten:

Name, Vorname: _____

Straße und Hausnr.: _____ Beruf: _____

PLZ, Wohnort: _____

Tel.-Nr. _____ Email: _____

Bei Anmeldungen bis einschließlich **27.11.17** ist eine Teilnahmegebühr von **295,- € (Frühbucherpreis)** an untenstehendes Konto zu überweisen. Ab **28.11.17** erhöht sich die Seminargebühr auf **325,- €**.
Die Zahlung wird spätestens zum **27.03.2018** fällig.

Die Anmeldung wird durch Einsenden des unterschriebenen Anmeldeformulars verbindlich. Die Veranstaltung ist auf zwanzig Teilnehmer begrenzt. Hierbei entscheidet die zeitliche Reihenfolge der Anmeldungen.
Nach Anmeldung erhalten Sie von uns eine Bestätigung, Rechnung und Anfahrtsskizze.

Stornierungen von Anmeldungen seitens des Teilnehmers:

Eine Abmeldung von dem Seminar ist grundsätzlich schriftlich vorzunehmen. Erfolgt keine schriftliche Abmeldung ist die Seminargebühr in jedem Fall in voller Höhe zu entrichten. Bis vier Wochen vor Veranstaltungsbeginn ist die schriftliche Abmeldung bei Zahlung einer Bearbeitungsgebühr von 25,- € möglich. Bei späterem Rücktritt wird die gesamte Teilnehmergebühr einbehalten/nach fällig, wenn nicht ein Ersatzteilnehmer oder Nachrücker (Warteliste) den Platz einnimmt.

Stornierungen des Seminars seitens Frau Fruth:

Bei Ausfall des Seminars erhält der Teilnehmer die volle Teilnahmegebühr zurückerstattet. Es besteht auch bei kurzfristiger Absage (z.B. der Referentin) kein Anspruch auf Wiederholung oder Entschädigung.

Bitte senden Sie das Anmeldeformular **unterschrieben** zurück (per Fax, Email oder postal).

Datenschutz: Wir speichern Ihre persönlichen Daten elektronisch und schriftlich und verwenden sie ausschließlich in der Praxis Sabine Fruth sowie im Kontakt mit Ihnen. Ihre Daten werden ohne Ihr Einverständnis nicht an Dritte weitergegeben oder in irgendeiner Form veröffentlicht. Sie können der Speicherung und Nutzung Ihrer Daten jederzeit schriftlich widersprechen.

Die Teilnahmebedingungen und Folgen bei Nichtteilnahme nach verbindlicher Anmeldung habe ich gelesen und verstanden.

Ort, Datum

Unterschrift

Praxis Sabine Fruth
Fachärztin für Allgemeinmedizin, Psychotherapie
Nicolaistr. 15 | 35287 Amöneburg
Tel.: 06422-92940 | Fax: 06422-929420

IBAN: DE97 53350000 0055001103
BIC: HELADEF1MAR
Sparkasse Marburg-Biedenkopf
www.sabine-fruth.de | praxis@sabine-fruth.de