

**Verbindliche Anmeldung für den Kurs
„Autogenes Training“
Kursnummer: 202004
(per E-Mail zusenden)**

Ort: Zahnarztpraxis Olav Kühn
Potsdamer Straße 55c
14974 Ludwigsfelde

Zeit: Mittwochs, 17:30 – 19:00 Uhr
(28.10. – 16.12.2020)

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer:

PLZ, Ort:

Telefon/Mobil:

E-Mail:

Kursgebühr: **pauschal 120,00€**

Teilnahmebedingungen:

Diese Anmeldung ist verbindlich. Nach der Anmeldung erhalten Sie eine Rechnung. Eine Stornierung ist kostenpflichtig und muss schriftlich per E-Mail an elisabeth.poetschke@googlemail.com gesendet werden. Hierbei fallen bis zu einer Woche vor Kursbeginn Stornierungsgebühren von 40€ an. Im Falle einer Stornierung weniger als eine Woche vor Kursbeginn wird der volle Kursbetrag fällig. Ein Ersatzanspruch für „versäumte Stunden“ besteht nicht. Die Teilnehmerin / der Teilnehmer versichert, mit der Anmeldung und Teilnahme am Kurs „Autogenes Training“ eigenverantwortlich zu handeln. Haftungsansprüche gegenüber der Seminarleiterin bleiben ausgeschlossen. Für die Erstattung der Kursgebühr durch die jeweilige Krankenkasse wird der Teilnehmerin / dem Teilnehmer am Ende des Kurses eine Teilnehmerbescheinigung ausgestellt. Die Kurseinheiten bauen aufeinander auf. Im Krankheitsfall kann unter Vorlage eines Attests und nach Rücksprache mit der Kursleiterin eine versäumte Kurseinheit ggf. in einem anderen Kurs nachgeholt werden, wenn ein solcher zur Verfügung steht. Leider kann nicht verhindert werden, dass ein Kurs ausnahmsweise verlegt oder kurzfristig abgesagt werden muss. Terminabsagen aus organisatorischen Gründen (z.B. zu geringe Teilnehmerzahl / Krankheit) sind vorbehalten. Bereits gezahlte Gebühren werden dann zurückerstattet oder es wird ein Alternativtermin angeboten. Darüber hinausgehende Ansprüche des Teilnehmers bestehen nicht. Sollte eine der folgenden Kontraindikationen auf Sie zutreffen, nehmen Sie bitte vorab mit der Kursleiterin Kontakt auf oder halten Sie Rücksprache mit Ihrem Arzt.

- Herz-Kreislauf Erkrankungen
- Asthma
- Migräne
- Epilepsie
- psychische Störungsbilder v.a. Psychosen, Depressionen, Hypochondrie

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Bankverbindung:

**Datenschutzerklärung für die Anmeldung zu Kursen
Nutzung Ihrer Daten aus diesem Formular**

Die personenbezogenen Daten, die Sie mir im Rahmen dieser Anmeldung zur Verfügung stellen, werden nur für die Bearbeitung Ihrer Anmeldung und Teilnahme verwendet. Die Weitergabe an Dritte findet nicht statt.

Sie haben das Recht, eine erteilte Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit zu widerrufen. In diesem Fall werden Ihre personenbezogenen Daten umgehend gelöscht.

Ihre personenbezogenen Daten werden gelöscht, wenn Sie die hier erteilte Einwilligung zur Speicherung widerrufen. Dies geschieht auch, wenn die Speicherung aus sonstigen gesetzlichen Gründen unzulässig ist.

Sie können sich jederzeit über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten informieren.

Detaillierte Informationen zum Datenschutz und zum Umgang mit personenbezogenen Daten finden Sie in der allgemeinen Datenschutzerklärung auf meiner Webseite unter <https://www.elisabeth-poetschke.de/j/privacy>.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift