

Zentrum für Angewandte Hypnose

ANMELDUNG

Zentrum für Angewandte Hypnose

Hinkelsteiner Str. 16
55128 Mainz

Fax 06131- 368963

Name: _____

Vorname: _____

Beruf: _____

PLZ/ Ort: _____

Strasse: _____

Tel/Fax: _____

Email: _____

Ich melde mich hiermit verbindlich für die unten bezeichnete Fortbildungsveranstaltung/en an.

Beachten sie bitte: Die Anmeldung ist n u r bei einer Überweisung auf das zutreffende Konto des jeweiligen Bereichs – oder bei der Erteilung einer Einzugsermächtigung gültig – eine Einzugsermächtigung ist für Sie der bequemste Weg; Wir buchen 28 Tage vor Beginn der Seminarreihe/des Seminars für Sie ab.

Ich habe die Teilnahmegebühren für die gebuchten Seminare überwiesen.

Ich erteile Herrn Götz Renartz, Hinkelsteinerstr. 16 in 55128 Mainz gebuchten Seminare / Seminarreihen eine Einzugsermächtigung für mein

KontoBLZ bei der Bank.....
..... bitte buchen Sie die Teilnahmegebühren für die unten aufgeführten Seminare und / oder Seminarreihen frühestens 28 Tage vor Seminarbeginn/Beginn der Seminarreihe von meinem Konto ab. Meine Adresse steht auf dieser Seite oben rechts.

Ich wünsche für den Einführenden Grundkurs / bzw. Hypnotherapiekurs Ratenzahlung.

Ort: Datum:

Bankverbindliche Unterschrift:

Ich kann bis 30 Tage vor Kursbeginn zurücktreten und bin dann mit dem Einbehalt einer Bearbeitungsgebühr von 30 € einverstanden. Bei späterem Rücktritt von der Teilnahme stelle ich einen Ersatzteilnehmer aus dem psychotherapeutisch-klinischen Bereich oder meine Teilnahmegebühr verfällt.

- Bei Ausfall der Fortbildung erhalte ich die volle Kursgebühr zurück. Sollten bei mehrtägigen Fortbildungen einzelne Seminare ausfallen, werden diese, wenn möglich, zu einem späteren Termin nachgeholt. **Änderungen durch Erkrankung oder Absagen von Referenten müssen vorbehalten bleiben.** Weitergehende Forderungen bleiben ausgeschlossen.
- Durch meine Unterschrift bestätige ich, für mich voll verantwortlich handeln zu können und an keiner Psychose oder Geisteskrankheit zu leiden. (Diese Erkrankungen stellen eine Kontraindikation für Hypnose dar.)

Ich buche folgendes Seminar, folgende Seminarreihe (bitte Namen und Datum angeben)

Ort:..... Datum:.....
(rechtsverbindliche Unterschrift)

Leitung des Zentrums

1

Leitung und wissenschaftliche Leitung: Götz Renartz, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie und
Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Stellvertretende Leiter: Dipl. Psych. Dr. Stefan Ahlstick und Dipl. Psych. Eva Renartz