



Verbindliche Anmeldung für folgende Veranstaltung:

Veranstaltungsdaten:

Seminar\*/Workshop/Vortrag: \_\_\_\_\_

von – bis / Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Veranstaltungsort: \_\_\_\_\_

Gebühr: EUR \_\_\_\_\_

Teilnehmerdaten:

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

Tel.Nr. tagsüber: \_\_\_\_\_

Tel.Nr. abends: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Ich möchte auch künftig über Neuigkeiten und weitere Veranstaltungen unterrichtet werden (**bitte ankreuzen**)

Bisherige Erfahrung mit Yoga: \_\_\_\_\_

Sonstige Mitteilung: \_\_\_\_\_

---

(Alle Daten werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben. Heilpraktiker unterliegen der Schweigepflicht.)

Mit Eingang der Anmeldung ist diese verbindlich. Sollte eine Veranstaltung nicht stattfinden, wird der Teilnehmer so bald als möglich davon unterrichtet.

Die Gebühr ist bis spätestens 14 Tage vor dem Veranstaltungstermin bzw. Seminarbeginn auf folgendes Konto zu überweisen

**Irene Steinheimer**  
**Konto Nr. 63 61 489**  
**Comdirect Bank BLZ 200 411 11**

Ein Rücktritt aus wichtigem Grund ist bis 2 Wochen vor Veranstaltungsbeginn gebührenfrei möglich. Bei Rücktritt bis 3 Tage vor dem jeweiligen Termin werden 50 % der Gebühr fällig. Kostenfrei bleibt der Rücktritt, wenn ein Ersatzteilnehmer oder eine Person der Warteliste den Platz übernimmt und die fällige Gebühr bezahlt hat.

Die Anmeldebedingungen erkenne ich hiermit an.

\*) Bei HORMON YOGA Seminar: Die auf der Rückseite aufgelisteten Kontraindikationen habe ich gelesen.

Ich versichere, dass diese nicht auf mich zutreffen.

---

(Ort, Datum)

(Unterschrift)



\*) Kontraindikationen HORMON YOGA:

HORMON YOGA ist nicht geeignet

- bei Schwangerschaft und bis 3 Monate nach Entbindung
- bei hormonell bedingtem Brustkrebs
- bei größeren Myomen (ggfs. nur mit ärztl. Erlaubnis)
- bei fortgeschrittener, schwerer Endometriose
- nach Herz-OP und akuten Herzleiden (ggfs. nur mit ärztl. Erlaubnis)
- bei schwerer Osteoporose (bei leichter Osteoporose empfehlenswert)
- nach jeder OP nur mit ärztl. Erlaubnis
- bei jeder Art von Bauchschmerzen unbekannter Ursache (vorher ärztl. abklären lassen)

Anmeldung per Fax an 0 91 31 926 50 91

oder

E-mail: [praxis-steinheimer@web.de](mailto:praxis-steinheimer@web.de)