

ANMELDEFORMULAR



Anmeldeformular für die Heilpraktiker POL-Gruppen®.

Bitte das Anmeldeformular ausfüllen und unterschrieben zurücksenden an:

Katharina Jünemann Heilpraktiker POL-Gruppen® Arthur-Hoffmann-Str. 47 (HH) 04107 Leipzig	E-Mail mail@heilpraktiker-pol.de
---	--

→ Heilpraktiker POL-Gruppen® Module A, B, C und D

→ Heilpraktiker POL-Gruppen® als Einzelmodul:

A

B

C

D

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Telefon:

E-Mail:

Anschrift:

erlernter Beruf:

augeübter Beruf:

Ich versichere mich aktiv an der Ausbildung zu beteiligen und die Lerninhalte im Selbststudium nachzuarbeiten und zu vertiefen. Die AGB's habe ich gelesen und akzeptiert.

Zahlungsoptionen (bitte ankreuzen):

→ monatliche Ratenzahlung über ein Jahr: 144,00 €/Monat

→ Zahlung pro Modul (vier Raten über ein Jahr): 432,00 €/Modul

→ einmalige Komplettzahlung: 1728,00 €

→ Einzelmodul: 486,00 €

Datum:

Unterschrift:

Bankverbindung:

Katharina Jünemann
Postbank Nürnberg

IBAN: DE74760100850932471853
BIC: PBNKDEFF