

**Magic Flower Yoga**  
 Florence Kretschmer  
 Schweppenhäuserstraße 10  
 D - 76889 Oberotterbach  
 Allemagne



## Anmeldung

per Fax: 0049 (0)6343/9238667 per E-Mail: info@magicfloweryoga.com per Post

Hiermit melde ich mich verbindlich an – bitte ihre genaue Anschrift und Kurs/ Seminar angeben:

Name/ Vorname (Teilnehmer/-in): \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort : \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

- Bitte den gewünschten Kurs oder die gewünschte Behandlung ankreuzen!
- Tragen sie ihren Wunschtermin ein (Datum, Uhrzeit) :

### • KRANKENKASSEN ZERTIFIZIERTE KURSE !\*

### Preis pro Person in Euro incl. 19% Umsatzsteuer

<input type="checkbox"/>	Yoga 10 Einheiten a 90 Minuten ( siehe Kursplan mit Name des TN)	<b>165,- €</b>
<input type="checkbox"/>	Yoga 1x 90 Minuten (Gruppe ab 2)	28,- €
<input type="checkbox"/>	Yoga 10er Karte a 90 Minuten: 6 Monate gültig ab Bezahlung und Beginn des ersten Kurses.	<b>220,-€</b>
<input type="checkbox"/>	Yoga Einzelcoaching a 90 Minuten / 60 Minuten	80,- € / 60,- €
<input type="checkbox"/>	Shiatsu 60 Minuten	80,- €
<input type="checkbox"/>	Shiatsu/ 5 Einheiten a 60 Minuten/ gültig 6 Monate ab Kauf der Karte	320,- €
<input type="checkbox"/>	Ayurveda Massage a 60 Minuten / 90 Minuten / Abo 3x 60 Minuten	85,-€/ 95,-€/ 265,-€
<input type="checkbox"/>	Fußreflexzonenmassage a 45 Minuten	65,- €
<input type="checkbox"/>	Ernährungsberatung nach den 5 Elementen / 60 Minuten	60,- €
<input type="checkbox"/>	Workshops, Events, Coaching für Firmen /3x 60 Minuten	380,-€

### Verpasste Stunden können nicht nachgeholt werden /Ausnahme mit Attest vom Arzt)

Die Gebühren sind vor Beginn der Kurse/ Workshops zu bezahlen.

<input type="checkbox"/>	Per Überweisung: IBAN DE96 6723 0000 4059 6773 17/ BIC MLPBDE61 (préciser le cours)
<input type="checkbox"/>	In bar bei Beginn der Kurse/ Seminare

<input type="checkbox"/>	Es ist mir bekannt, dass der Kurs/ das Seminar keine Therapie darstellt.
<input type="checkbox"/>	Ich bestätige, dass ich meinen gesundheitlichen Zustand mit meinem Arzt abgesprochen habe, alternativ auf eigene Verantwortung teilnehme.
<input type="checkbox"/>	Durch die Angabe meiner E-Mail-Adresse erkläre ich mich einverstanden, dass Newsletter und weitere Mails an mich versandt werden dürfen. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Datum / Unterschrift \_\_\_\_\_