

Anmeldung

Name, Vorname

- Einzugsermächtigung**
(Bitte beiliegende SEPA-
Basislastschriftmandat ausfüllen)

Geburtsdatum

- Überweisung**
 Barzahlung

Anschrift

Für Teilnehmer aus Österreich/
Schweiz
ist Barzahlung möglich.

Beruf

Bei Ausbildungsbeginn ist der
Gesamtbetrag zur Zahlung fällig und
wird in Raten per Einzug beglichen.
(Die Zahlungen werden durch Ferien
oder Feiertage nicht unterbrochen).
Die Lastschrift erfolgt jeweils zum
ersten eines Monats ab
Ausbildungsbeginn.

Telefon - Mobil

Bei einer Rücklastschrift werden
Kosten nebst einem ortsüblichen
Zinssatz in Rechnung gestellt.
Eine Kündigung beiderseits ist ohne
Nennung von Gründen unter
Einhaltung einer Frist von 3 Monaten
möglich und bedarf der schriftlichen
Form.

FAX

E-Mail

Wir erheben keine
Einschreibegebühren.
Rechtsgrundlage bildet das BGB.

Datum

Unterschrift

Heilpraktiker für Psychotherapie (HPG)	Zahlungsform
Ausbildungsbeginn: _____	() Gesamtzahlung 2990,- €
	() 13 Monatsraten á 230,- €
	zzgl. Skript einmalig 110,- €

Gläubiger-Identifikationsnummer
DE 8971160000100281611

Mandatsreferenz: entspricht dem Teilnehmernamen



SEPA - Basis - Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich die CHIRON-Heilpraktikerschule, Peter Brehm, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der CHIRON-Heilpraktikerschule auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber - Vor- und Nachname

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Kreditinstitut (Name und BIC)

DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _
IBAN

Ort, Datum und Unterschrift