

## 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) im Wochenendkurs	Zahlungsform
Ausbildungsbeginn: _____	<input type="checkbox"/> Gesamtzahlung 1800,- € <input type="checkbox"/> 8 Monatsraten á 225,- € 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