

Anmeldeformular FDH – LV Hamburg

Mail: info@heilpraktikerhamburg.de

Fax: 040/ 25 75 76

Hiermit melde ich mich **verbindlich** für das folgende Fachseminar / Lehrgang an:

Datum des Seminars: _____

Seminarbeschreibung: _____

Bitte beachten Sie die Beginn- und Beendigungszeiten!

Mitglied des FDH

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____

Fax oder Email: _____

IBAN: _____

BIC / Bank: _____

Ich bin damit einverstanden, dass der Seminarbeitrag **14 Tage vor Seminarbeginn** von meinem Konto per Lastschrift eingezogen wird.

Eine Benachrichtigung erfolgt nur dann, wenn das Seminar ausfällt.

Rücktrittsbedingungen:

- bis zu **4 Wochen** vor der Veranstaltung schriftlich **OHNE Gebühren**
- bis **14 Tage** vor der Veranstaltung **50% der Teilnahmegebühr**
- bei **späterer Stornierung oder Nichterscheinen volle Teilnahmegebühr**
- eine Ersatzperson (HP) kann gestellt werden

Datum / Unterschrift: _____