



**terramedus®**  
Akademie für Gesundheit

Zentralverwaltung  
Haferkamp 28  
24145 Kiel

Tel.: +49-(0)431-5348303  
Fax: +49-(0)3212-5050511  
E-Mail: info@terramedus.de

Bitte drucken Sie das Formular aus, füllen es anschließend vollständig (DRUCKBUCHSTABEN) aus und versehen es mit Ihrer Unterschrift bevor Sie es dann per POST (im Original) oder per FAX an uns zurücksenden, um Ihren Kursplatz zu sichern.

## Anmeldung zur Akademie für Gesundheit

### Kursdaten

**Kursname: Heilpraktiker/in**

**Wunschtermin Beginn Fernstudium\*:** \_\_\_\_\_

\* Nach Bezahlung der ersten Rate / Einmalzahlung erfolgt der Versand der Unterlagen am 1. Tag des auf die Zahlung folgenden Monats

#### Widerrufsbelehrung (Widerrufsrecht)

Ist der Teilnehmer Verbraucher im Sinne des § 13 BGB, kann er seine Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt frühestens mit Erhalt dieser Belehrung. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an: terramedus Akademie für Gesundheit GmbH, Haferkamp 28, 24145 Kiel; Fax: 03212-5050511; info@terramedus.de. Widerrufsfolgen: Im Falle eines wirksamen Widerrufs sind die beiderseits empfangenen Leistungen zurückzugewähren und ggf. Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben. Vorzeitiges Erlöschen des Widerrufsrechts: Ihr Widerrufsrecht erlischt vorzeitig, wenn der Vertrag von beiden Seiten auf Ihren ausdrücklichen Wunsch vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben. - Ende der Widerrufsbelehrung -

Ich melde mich verbindlich zu dieser Ausbildung an. Über die Kursdaten, Ausbildungsdauer und Inhalte sowie Gebühren bin ich unterrichtet worden. Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten für die Rechnung/Buchhaltung mittels EDV gespeichert werden.

### Angaben zur Person

**\*Bitte deutlich schreiben (DRUCKBUCHSTABEN), die Angaben werden für das Zertifikat benötigt.**

Herr  Frau

**Straße/Nr.:** \_\_\_\_\_

**Vorname\*:** \_\_\_\_\_

**PLZ/Ort:** \_\_\_\_\_

**Nachname\*:** \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_

**Geburts-Datum\*:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_

**Geburts-Ort\*:** \_\_\_\_\_

**Mobil:** \_\_\_\_\_

Die Geschäfts- und Vertragsbedingungen (AGB) unter [www.terramedus.de](http://www.terramedus.de) habe ich gelesen und erkenne sie hiermit an.

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Zahlung Bitte wählen Sie Ihre Zahlungsmodalität aus (bitte ankreuzen).

**Einmalzahlung: 1490,- EUR**

• Alle angegebenen Preise sind nach § 4 Nr. 21 a) bb) UStG von der Umsatzsteuer befreit.

**Bildungsprämie / Bildungsscheck** (keine Ratenzahlung möglich)  
(Fügen Sie das Original Ihrer Anmeldung bei)

**Zum Aufpreis von 25,- EUR möchte ich zusätzlich das Zertifikat in Englisch (Certificate)**

**Ratenzahlung: 5 x 308,- EUR = 1540,- EUR**  
(inkl. einmalige Bearbeitungsgebühr 50,- EUR)

• Ratenzahlung: Für das Zustandekommen eines Ratenzahlungsvertrages ist die Einwilligung in das Lastschriftverfahren notwendig (siehe Seite 2).

**Ratenzahlung: 10 x 159,- EUR = 1590,- EUR**  
(inkl. einmalige Bearbeitungsgebühr 100,- EUR)

### Bestätigung / Anmeldung / Rechnung / Zahlungszeitpunkt

Nach Eintreffen Ihrer Anmeldung buchen wir für Sie verbindlich den Kursplatz und bestätigen Ihnen Ihre Anmeldung in Form einer Rechnung an Ihre angegebene Postadresse. Die Rechnung wird innerhalb von **7 Werktagen** ab Eingangsdatum an Ihre angegebene Postadresse geschickt. Die Bezahlung der Kursgebühr berechtigt Sie zur Teilnahme an unserem Lehrangebot und muss spätestens 14 Tage vor Kursbeginn auf unserem Konto verbucht sein. Sollten Sie die **10% Frühbucherrabatt** wünschen, (siehe Kursbeschreibung/Ausbildungsgebühr) kreuzen Sie bitte die 10% Frühbucherrabatt/Einmalzahlung an! Bitte bedenken Sie, dass der Frühbucherrabatt nur Gültigkeit behält, sofern Ihre Zahlung zur Anmeldung 12 Wochen vor Kursbeginn im Konto der terramedus Akademie für Gesundheit GmbH verbucht werden kann. Bei Fristüberschreitung ist die komplette Kursgebühr zzgl. einer Kostenpauschale von 10,00 EUR zu entrichten. Die Kontoverbindung zur Anweisung liegt der Anmeldebestätigung/Rechnung bei. Die für die Anmeldung sowie Urkunde/Zertifikat erforderlichen Daten sind von Ihnen **vollständig und wahrheitsgemäß** anzugeben. Selbstverständlich werden Ihre Daten nur für die interne Verarbeitung genutzt und nicht an Dritte weitergegeben.



**terramedus®**  
Akademie für Gesundheit

Zentralverwaltung  
Haferkamp 28  
24145 Kiel

Tel.: +49-(0)431-5348303  
Fax: +49-(0)3212-5050511  
E-Mail: info@terramedus.de

Bitte drucken Sie das Formular aus, füllen es anschließend vollständig (DRUCKBUCHSTABEN) aus und versehen es mit Ihrer Unterschrift bevor Sie es dann per POST (im Original) oder per FAX an uns zurücksenden, um Ihren Kursplatz zu sichern.

### Ausfüllen nur bei RATENZAHLUNG: Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Angaben zum Kontoinhaber	Angaben zur Bankverbindung
Vorname, Name: _____	Bank: _____
Straße/Nr.: _____	Konto Nr.: _____
PLZ/Ort: _____	BLZ: _____

**Anmeldung Ratenzahlung / Einzugsermächtigung / Zahlungszeitpunkt**  
Die erste Rate wird fällig im Zeitpunkt der Rechnungsstellung und wird in den Folgemonaten jeweils am 01. des Monats im Voraus abgebucht. Ratenzahlungsverträge sind grundsätzlich unter der Voraussetzung möglich; Bonität vorausgesetzt, dass der terramedus Akademie für Gesundheit GmbH eine rechtsgültig unterzeichnete **Einzugsermächtigung im Original vierzehn Tage vor Kursbeginn** vorliegt. Sollte die Ratenzahlung durch Rückbuchung einer Lastschrift unterbrochen werden, sind Sie als Ratenzahler verpflichtet neben dem Fehlbetrag die Kosten für Rücklastschrift zzgl. einer Kostenpauschale von 10,00 EUR zu tragen und diese innerhalb von fünf Werktagen nach Rückgabe auszugleichen. Nach fruchtlosem Ablauf der gesetzten Frist ist die terramedus Akademie für Gesundheit GmbH frei und nicht mehr an die Ratenzahlungsvereinbarung gebunden. Die Restforderung ist im Zeitpunkt des Fristablaufs in voller Höhe zur sofortigen Zahlung fällig.

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie **widerruflich, die von mir/uns zu entrichtenden Zahlungen wegen fällig gewordener Posten bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Kontos durch Lastschrift einzuziehen.**

Bitte ankreuzen:

**Ratenzahlung: 5 x 308,- EUR = 1540,- EUR**  
(inkl. einmalige Bearbeitungsgebühr 50,- EUR)

**Ratenzahlung: 10 x 159,- EUR = 1590,- EUR**  
(inkl. einmalige Bearbeitungsgebühr 100,- EUR)

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

### Kostenübernahmeerklärung Aus- und Weiterbildung

Nur auszufüllen bei Förderung durch Arbeitgeber / Agentur für Arbeit / Geschenkgutschein / abweichender Kontoinhaber, etc.)

Nicht nur Sie als Kursteilnehmer unserer Aus- und Weiterbildungen profitieren von Ihren neu erworbenen Kenntnissen. Auch immer mehr Arbeitgeber wissen den gezeigten Einsatz zur beruflichen Aus- und Weiterbildung zu schätzen. Deshalb sind sie oft bereit, die Kursgebühren ganz oder teilweise zu übernehmen. Sprechen Sie Ihren Arbeitgeber einfach darauf an. Zur Unterstützung haben wir diesen Vordruck für Sie vorbereitet. Bitte ausfüllen (DRUCKBUCHSTABEN), unterzeichnen und einsenden an die terramedus Akademie für Gesundheit GmbH.

**Ich/wir übernehme/n hiermit die Zahlungsverpflichtung/en gegenüber der terramedus Akademie für Gesundheit GmbH für**

Vorname, Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ Für den Fall der Ratenzahlung wird bei abweichendem Kontoinhaber/in das Geburtsdatum zur Bonitätsprüfung benötigt.

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

welche im Zusammenhang mit der Aus- und Weiterbildung anfallen:

Kursname: \_\_\_\_\_  in voller Höhe von \_\_\_\_\_ EUR

Kursbeginn: \_\_\_\_\_ Kursort: \_\_\_\_\_

Die Geschäfts- und Vertragsbedingungen (AGB) [www.terramedus.de](http://www.terramedus.de) habe/n ich/wir gelesen und erkenne/n sie hiermit an.

Datum: \_\_\_\_\_ rechtsgültige Unterschrift/Firmenstempel: \_\_\_\_\_

**Senden Sie bitte die Rechnung an:**

Name, Vorname / Firma / Rechtsform: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Sonstiges/Hinweis: \_\_\_\_\_