



**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: Yoga Seminar**

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

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.

#### 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 -

### Angaben zur Person

\*Bitte deutlich schreiben, 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: 220,- EUR**

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

**Bildungsprämie / Bildungsscheck**

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

-----  
**Ratenzahlung: nicht möglich**

### 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. Das gleiche gilt auch für die erste Rate bei gewählter Ratenzahlung. Die Kontoverbindung zur Anweisung liegt der Anmeldebekanntmachung/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.

### Kostenübernahmeerklärung Aus- und Weiterbildung

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

**Straße/Nr.:** \_\_\_\_\_

**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:**

**Firma/Rechtsform:** \_\_\_\_\_

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

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