

## Anmeldung

Seminar		
Veranstaltungsdatum		
Name	Vorname	Geb. Datum
Beruf	angestellt <input type="checkbox"/>	selbständig <input type="checkbox"/>
PLZ, Ort	Straße, Nr.	
Festnetz- oder Mobilnummer	Email	Fax
Bitte teilen Sie uns Ihren gewünschten Versendeweg unserer Bestätigung mit	Post <input type="checkbox"/>	Email <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/>
Anmerkungen		

Ich habe die Teilnahmebedingungen zur Kenntnis genommen und melde mich verbindlich an.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
TeilnehmerIn

Die Bestätigung Ihrer Anmeldung erhalten Sie in Kürze mit den Zahlungsmodalitäten an die angegebene Adresse.

Vielen Dank für Ihr Interesse und die besten Wünschen für Ihre Gesundheit

*Ihr HSH Consult Team*

### Teilnahmebedingungen:

1. Sie können innerhalb von 14 Tagen ohne Angaben von Gründen die Anmeldung in Textform widerrufen. Im Falle Ihres Rücktritts innerhalb der letzten 7 Tage vor Seminarbeginn werden 50% des Seminarbetrags erhoben, wenn kein Ersatzteilnehmer eintritt.
2. Der Beitrag wird innerhalb von 14 Tagen nach Seminarbestätigung fällig. Da wir begrenzte Teilnehmerplätze für die Seminare haben, gilt die Reihenfolge der Beitragsbuchung. Sollte das Seminar bereits überbucht sein, informieren wir Sie über ein alternatives Angebot.
3. Bei einer zu geringen Teilnehmerzahl behalten wir uns vor, Sie über die Seminarstornierung zu informieren und Ihren bereits bezahlten Beitrag für einen anderen Termin oder ein anderes Seminarthema gut zu schreiben. Ebenso buchen wir Ihnen auf Wunsch Ihren Beitrag auf Ihr Konto zurück.
4. Eine Weitergabe Ihrer Daten an Dritte findet **nicht** statt.