

# Wittgensteiner Lehrinstitut

Hauptstr. 193  
79211 Denzlingen

e-mail: Wittgensteiner.Lehrinstitut@email.de

+49 (0)7666 88 45 7 40  
+49 (0)176 610 88 2 89

## Anmeldung zur Weiterbildung in Lymphdrainage- und Ödemtherapie

Hiermit melde ich mich an zur Teilnahme am 4 – Wochen – Kurs

vom \_\_\_\_\_ bis zum \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

ich bin Selbstzahler

ich werde gefördert, Förderungszusage liegt anbei  wird umgehend nachgereicht

der Arbeitgeber übernimmt die Kursgebühr. Bitte Rechnungsanschrift angeben:

(bitte leserlich, möglichst in Druckschrift ausfüllen)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Noch in Ausbildung; Examen wann: \_\_\_\_\_ wo: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort : \_\_\_\_\_ Strasse: \_\_\_\_\_

Telefon : \_\_\_\_\_ e-mail – Adresse: \_\_\_\_\_

### Allgemeine Vereinbarungen

Die Kursgebühr beträgt € 1 380,00. Nach Eingang der Anmeldung bestätigen wir Ihnen diese. Dann wird die Anmeldegebühr in Höhe von € 50,00 bei Selbstzahlern fällig. Der Restbetrag ist zahlbar auf Rechnung zwei Wochen vor Kursbeginn. Bitte zahlen Sie nur per Überweisung auf das Konto des „Wittgensteiner Lehrinstituts“ bei der Sparkasse Freiburg-Nördlicher Breisgau, IBAN: DE49 6805 0101 0012 7630 05, BIC: FRSPDE66XXX. Bei Abmeldung werden € 25,00 als Bearbeitungsgebühr verrechnet. Bei Abmeldung 2 Wochen vor Kursbeginn und kürzer oder während des Kurses ist die gesamte Gebühr fällig, es sei denn, Sie haben eine/n „Ersatzmann/Frau“ für Ihren Kursplatz. **Bei Förderung durch die Agentur für Arbeit / Jobcenter gilt ein gesonderter Schulungsvertrag, den wir Ihnen in diesem Fall zusenden.** Sollte der Kurs wegen einer zu geringen Teilnehmerzahl nicht stattfinden können, werden wir Sie spätestens 14 Tage vor Kursbeginn benachrichtigen. Die von Ihnen schon bezahlte Anmeldegebühr wird Ihnen umgehend zurückerstattet.

**Eine abgeschlossene Berufsausbildung als MasseurIn und medizin. BademeisterIn oder als KrankengymnastIn / PhysiotherapeutIn ist Voraussetzung. Bitte lassen uns spätestens vor Kursbeginn eine Kopie Ihrer Berufsurkunde zukommen, bei PhysiotherapeutInnen genügt die Kopie des Abschlusszeugnisses.**

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten für das Management dieser Weiterbildung genutzt werden.

Mit nachfolgender Unterschrift werden die Allgemeinen Vereinbarungen anerkannt.

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_