

Hiermit melde ich mich verbindlich im „Samyama- Zentrum für Yoga und Ayurveda“ in Essen für den Gesundheitskurs an.

_____ Name	_____ Vorname
_____ Geburtsdatum	_____ Beruf
_____ Straße	_____ PLZ, Ort
_____ Tel./Handy	_____ E-Mail

Ich wähle...

200€ 5-er Karte / 6 Monate gültig, Mittwoch 16.00 - 17.30 Uhr

Die Kurszeiten entnehmen Sie bitte unserer Internetseite. (www.samyama-zentrum.de) Die Teilnahme am Unterricht erfolgt auf eigenes Risiko.

Sonstige Angaben

Ich praktiziere Yoga seit:

Gesundheitliche Einschränkungen:

Informationsmaterial Ich möchte den aktuellen Newsletter per E-Mail erhalten

Ich habe wie folgt vom Samyama Zentrum in Essen erfahren...

Zeitung _____

Freunde

Flyer (Ort?) _____

Suche im Internet

Datum u. Ort

Unterschrift

Teilnahmebedingungen

- Um einen gesundheitlichen Erfolg zu erzielen, ist es sinnvoll am therapeutischen Yogaunterricht möglichst **regelmäßig teilzunehmen**. Kann der Teilnehmer einen Termin nicht wahrnehmen, sollte der Termin aus organisatorischen Gründen möglichst **früzeitig abgesagt** werden- am besten einige Tage vorher (spätestens 24 Stunden vor dem vereinbarten Termin).
- **Zahlung:** Die Einzeltermine sind vor der Stunde in bar zu bezahlen. 5er-Karten kann der Teilnehmer entweder bar oder per Lastschrift bezahlen bzw. den Betrag auf das unten stehende Konto überweisen.
Peter Gärtner - Commerzbank Essen - Kto. 1205996 - BLZ 360 400 39, IBAN DE32 3604 0039 0120 5996 00 - BIC COBADEFFXXX
- An Feiertagen findet kein Yogaunterricht statt.
- **Haftung:** Die Teilnahme am Yogaunterricht geschieht auf eigene Verantwortung. Für Schäden an Gesundheit und Eigentum haften die Veranstalter nicht.
- **Hinweis:** Beim therapeutischen Yogaunterricht ist zum Teil ein hoher Einsatz von Materialien erforderlich. Daher sollte jeder Teilnehmer vor dem Unterricht seine benötigten Materialien holen und nach dem Unterricht wieder sorgsam einräumen.

Datum u. Ort

Unterschrift

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich das Samyama- Zentrum für Yoga und Ayurveda in Essen, den nachstehenden Beitrag durch Lastschrift einzuziehen:

(bitte gut leserlich ausfüllen)

Betrag in €

(genaue Bezeichnung des Kreditinstitutes)

Kontonummer

Bankleitzahl

Datum u. Ort

Unterschrift