

Susanne Widenka  
Ärztin  
Senator-Meier-Straße 3  
31515 Wunstorf

**Antwortfax an: 05031-517621**

## **Anmeldung zur Aus- und Weiterbildung für Ärzte und Heilpraktiker**

**bestehend jeweils aus:**

**Vortrag zur Theorie, Hand-out, Live-Behandlung von Patienten, Erfahrungsaustausch,  
Zertifizierung**

Thema \_\_\_\_\_ (bitte unbedingt eintragen)

Datum \_\_\_\_\_ (bitte unbedingt eintragen)

Hiermit melde ich mich verbindlich für die o.g. Ausbildung an:

Titel \_\_\_\_\_ Name/Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Telefax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift/Stempel \_\_\_\_\_

Ich bringe einen Probanden zur Veranstaltung mit (wenn möglich bitte vorab ein Foto des Probanden/ der Probandin mit Angabe des Behandlungswunsches als E-Mail an: susanne@widenka.de)

Die Veranstaltungen finden nur in kleinen Gruppen von 3-8 Teilnehmern statt. Bitte melden Sie sich deshalb rechtzeitig an.

Jeder Teilnehmer erhält ein persönliches Zertifikat. Für Verpflegung vor Ort ist gesorgt. Bei Rücktritt ohne Angabe von Gründen, trotz verbindlicher Anmeldung, werden bis zwei Tage vor dem Termin 50 % der Schulungsgebühr erstattet, bei Rücktritt aus gesundheitlichen Gründen werden Ihnen zwei Ersatztermine angeboten.

Überweisen Sie bitte bis zwei Wochen vor dem Veranstaltungsdatum die Teilnahmegebühr auf folgende Bankverbindung:

Susanne Widenka IBAN DE 55 2504 0066 0273 1131 00