

per Post oder per Fax 07042 9667034

WSD Ausbildungszentrum GmbH
Daimlerstr. 8
74372 Sersheim

Rechnungsadresse:

Institution

Name

Vorname

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Teilnehmeradresse

(falls nicht identisch mit Rechnungsadresse):

Name

Vorname Geb.-Datum

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Telefon/Telefax

E-Mail

Seminar	Seminar-Preis inklusive Unterlagen	
	zzgl. MwSt.	inkl. MwSt.
Poesie-Therapie in der Heilpraktiker-Praxis	108,40 €	129,00 €

Gemäß den allgemeinen Geschäftsbedingungen melde ich mich / meine(n) Mitarbeiter(in) verbindlich an:

Seminar	Kurstermin	Kursort
Poesie-Therapie		Sersheim (Nähe Stuttgart)

WSD Ausbildungszentrum GmbH, Daimlerstr. 8, 74372 Sersheim; Gläubiger Identifikations-Nr. DE34WSD00000083553

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die WSD Ausbildungszentrum GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der WSD Ausbildungszentrum GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

_____ Vor und Zuname des Kontoinhabers (Anschrift ergänzen, falls nicht mit Rechnungsanschrift identisch)	
_____ Name des Kreditinstituts	_____ BIC
_____ IBAN	
_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift

Bitte senden Sie mir eine Liste von Hotels/Pensionen in Ihrer Nähe. Die Zimmerreservierung werde ich selbst vornehmen.

Ja, ich möchte den E-Mail-Newsletter der WSD Ausbildungszentrum GmbH über neue Seminare, Dienstleistungen und Produkte zum Thema Gesundheit **kostenfrei** abonnieren.

Datum

Unterschrift