



## Anmeldung DAAD- Kurs September – Dezember 2024

Name/Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_  
Strasse: \_\_\_\_\_ PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Mobil: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

Hiermit melde ich mich verbindlich für folgenden Kurs an – **bitte vor dem Kurs ankreuzen**

**Anfänger-/Fortgeschrittenenkurs DAAD Dienstag 12:15 – 13:00 Uhr**

**Anfänger-/Fortgeschrittenenkurs DAAD Dienstag 13:15 – 14:00 Uhr**

Der Kurs startet am 17. September 2024 und dauert bis zum 03. Dezember 2024. Er umfasst 10 Unterrichtsstunden à 45 Minuten. Der Kurs kostet 120 Euro.

Der Platz ist erst dann sicher, wenn Du eine Bestätigung erhalten hast. Diese kann ggf. auch mündlich erfolgen. Es gelten die Teilnahmebedingungen, die mit dem Anmeldeformular ausgehändigt wurden.

Die Kursgebühr ist vor Antritt des Kurses zu bezahlen.

Die Bankverbindung bei der GLS Bank lautet: IBAN: DE86 4306 0967 4031 3765 00.

Kontoinhaberin Heike Thomi

### Das Kleingedruckte

Die Yogalehrerin haftet im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen für alle Schäden, die sie verursacht bzw. die in ihren Verantwortungsbereich fallen. Zur Befriedigung berechtigter Schadenersatzansprüche unterhält die Yogalehrerin deshalb eine Berufshaftpflichtversicherung mit folgenden Deckungssummen: 3.000.000,00 € bei Personenschäden; 3.000.000,00 € bei Sachschäden; 500.000,00 € bei Vermögensschäden. Die Haftung der Yogalehrerin gilt im Rahmen dieser Deckungssummen.

Ich stimme zu, dass meine Angaben aus diesem Anmeldebogen zur Beantwortung meiner Anfrage erhoben und verarbeitet werden. Ich stimme zu, dass ich über weitere Veranstaltungen von Heikes Yoga- und Erfahrungsraum informiert werden möchte. Die Datenschutzerklärung habe ich zur Kenntnis genommen.

Hinweis: Du kannst Deine Einwilligung jederzeit per E-Mail an [info@heikes-erfahrungsraum.de](mailto:info@heikes-erfahrungsraum.de) widerrufen.

Detaillierte Informationen zum Umgang mit Nutzerdaten findest Du in der Datenschutzerklärung.

Als Yogaschüler/-in gehe ich achtsam mit mir um und respektiere meine körperlichen Grenzen.

Datum:

Unterschrift: