

NAME _____ VORNAME _____ AKADEM. TITEL _____

GEBOREN AM _____ BERUFSBEZEICHNUNG _____

PLZ/WOHNORT _____ STR. _____

TELEFON DIENSTL. _____ PRIVAT _____

FAX _____ E-MAIL _____

Ich bin damit einverstanden, dass die CIP GmbH mir Informationen und fachliche Neuigkeiten sowie Rechnungen, Termine für Veranstaltungen und freie Seminarplätze per E-Mail zukommen lässt. Meine angegebenen Daten werden ausschließlich zu diesem Zweck verarbeitet.

Diese Einwilligung(en) kann ich gemäß Art. 7 Abs. 3 DSGVO jederzeit gegenüber der CIP GmbH über info@cip-akademie.de widerrufen.

CIP COACHING AUSBILDUNG ZUM INTEGRATIVEN COACH BEI PSYCHOTHERAPEUTISCHER VORBILDUNG

KOSTEN 1.640,- € zahlbar per Lastschrift in 4 Raten à 410,- €

BEGRENZTE TEILNEHMERZAHL Frühzeitige Anmeldung wird empfohlen.

RÜCKTRITTSBEDINGUNGEN

Die Anmeldung ist verbindlich und hat schriftlich zu erfolgen. Bis 6 Wochen vor Ausbildungsbeginn kann die gesamte Ausbildung storniert werden. In diesem Fall wird eine Stornogebühr in Höhe von 10 % der Gesamtkosten fällig.

Bei einem späteren Rücktritt vor dem Starttermin können die Kosten der gesamten Reihe nur dann abzüglich 10 % Stornogebühr zurückerstattet werden, wenn eine Überbelegung besteht und eine Nachrückerin gefunden werden kann. Ein Rücktritt nach dem Start der Ausbildung ist nicht möglich! Auch können einzelne Ausbildungsblöcke nicht storniert werden.

Wir empfehlen den Abschluss einer Seminarversicherung. Wenn die Ausbildung mangels Teilnehmerinnen abgesagt werden muss, wird die Teilnehmerin möglichst umgehend, spätestens jedoch vier Wochen vor Kursbeginn verständigt. Die Teilnehmerin verzichtet bei Absage einer Veranstaltung auf sämtliche Regressansprüche gegenüber dem Veranstalter.

DATUM _____ UNTERSCHRIFT _____

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

ZAHLUNGSEMPFÄNGER Centrum für Integrative Psychotherapie | CIP GmbH | Rotkreuzplatz 1 | 80634 München

GLÄUBIGER-IDENTIFIKATIONSNUMMER: DE25ZZZ00000142400

MANDATSREFERENZ: (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) _____

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

BIC _____ IBAN: _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _

BEI _____
(genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts)

ORT _____ DATUM, UNTERSCHRIFT _____