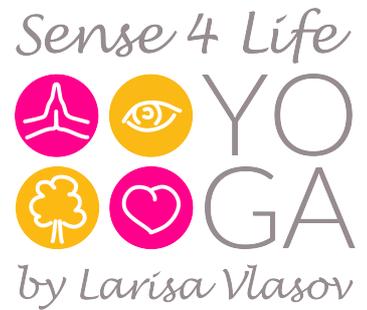




Kursanmeldung Jan.-Apr. 2020
krankenkassenzertifiziert



Ich buche folgenden Kurs

- Mo 18:15** Level 1-2
- Mo 20:00** Level 1-2
- Do 16:30** Level 1-2
- Do 18:00** Level 1



Level 1 : Grundlagen und Atembeobachtung
Level 2 : Kraftvolle Aufbauarbeit und Regeneration
Level 3 : Körperlich intensive Asanas, Kopf- und Schulterstand

Kontakt & Anmeldung **Larisa Vlasov** 0177 89 322 43 larisa@sense4life.de
auch unter <https://www.sense4life.de/kontakt.php>
Adresse einraum, Johannisplatz 12, Haidhausen
Termine <https://www.sense4life.de/yoga-kurs-angebot.php>

Preise inkl. gesetzlicher MwSt.	
Kurs - 12 Termine (KW 2 - 14)	192,00 €*
5er-Karte / 10er-Karte (16 Wochen gültig)	100,00 € / 180,00 €
Probestunde erstmalig im Kurs	20,00 €
Einzelstunde, drop-in	25,00 €
*nur hier Krankenkassenzuschuss möglich	

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich auf eigene Verantwortung am Unterricht teilnehme und folgende Teilnahmebedingungen anerkenne.

Die Kursgebühren zahle ich am 1. Kurstag in bar überweise ich bis zum ersten Kurstag
Bankverbindung: Larisa Vlasov, .comdirect, IBAN - DE33 2004 1144 0640 2960 00

Ich möchte gerne zukünftig kostenlos den Sense4life Newsletter erhalten
 (Widerruf im Newsletter oder persönlich jederzeit möglich)

Teilnahmebedingungen für den Kurs: Bei einer Anmeldung zu einem gesamten Kurs am Block können versäumte Stunden innerhalb des Kurszeitraums in anderen Kursen, sofern Platz vorhanden, nachgeholt, jedoch nicht durch Abzug von Gebühren beglichen werden.
 Bei Krankheit, Fortbildung usw. der Lehrerin, wird der Kurs vertreten. Für Unfälle und Diebstähle in den Räumen wird keine Haftung übernommen.
 Dem/der SchülerIn ist bekannt, dass die Teilnahme an den Kursen auf eigene Verantwortung erfolgt. Bei unklaren Beschwerden bitte vorher ärztlich klären, ob Hatha-Yoga geübt werden kann. Indikationen für die Abklärung durch einen Arzt sind u.a. Zustand nach Herzinfarkt, Schlaganfall, koronare Herzkrankheit, Herzrhythmusstörungen, Bluthochdruck, Diabetes, Zustand nach akutem oder post- operativem Bandscheibenvorfall.

Name _____

Telefon _____

Email _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

