alternaMedica
Fachschule für Naturheilkunde und Psychotherapie eK

Graf-Adolf-Strasse 16, 40212 Düsseldorf, Tel: 0211- 86 290 71 Fax: 02151- 966350, E-Mail: alternamedica@t-online.de, Internet: www.alternamedica.de

Anmeldung zur Ausbildung Wimpernverlängerung

Ausbildung - Wimpernverlängerung - Sonntagskurs

Gebühr: 295,- €

Ausbildungsbeginn: 03.10.2021

Termine: Unterricht am Sonntag; Unterrichtszeit: 10:00 - 16:30 Uhr; Dauer: 1 Tag

(Änderungen vorbehalten) Formular bitte in Druckschrift ausfüllen

Name: ..... Vorname: .....

geb: ..... Beruf: .....

Email: ..... Phone: .....

PLZ ..... Ort: .....

Straße/Haus/Nr.: .....

Die Seminargebühr entrichte ich bis spätestens 14 Tage vor Beginn des Seminars per Überweisung auf das Konto bei der **Volksbank Krefeld BLZ 320 60362 Konto 130 166 90 18**

IBAN: DE10_3206_0362_1301_6690_18 und **BIC: GENODED1HTK**

☐ Bitte ziehen Sie die Gebühr von meiner Bank ein (Lastschrift)

Kontoinhaber : .....

Name der Bank : .....

IBAN .....

BIC .....

Unterschrift: ..... Ort/Datum: .....

Bitte geben Sie bei jeder Zahlung unbedingt Ihren Namen und die Bezeichnung Ausbildung an. Hiermit melde ich mich verbindlich zur o. genannten Ausbildung für die Dauer der gesamten Laufzeit an. Die Anmeldung wird mit Eingang bei alternaMedica gültig.

Unterschrift: .....

Ort/Datum: .....

Bitte **senden/faxen** Sie **nur** die **ersten beiden Seiten** der Ausbildungsanmeldung unterschrieben an alternaMedica, Fachschule für Naturheilkunde & Psychotherapie eK, Graf-Adolf-Str. 16, 40212 Düsseldorf oder Fax: 02151 / 966350

Graf-Adolf-Strasse 16, 40212 Düsseldorf, Tel: 0211- 86 290 71 Fax: 02151- 966350, E-Mail: alternamedica@t-online.de, Internet: www.alternamedica.de

Allgemeine Geschäftsbedingungen

Stand 13.06.14

Dozentenwechsel
Der Wechsel eines Dozenten stellt keinerlei Anspruchsgrundlage für eine Kündigung der Ausbildung dar.

Zahlungsmodalitäten
Die Ausbildungsgebühr ist, wenn schriftlich nicht anders vereinbart, 14 Tage vor Ausbildungsbeginn zu entrichten. Bei einer Ratenzahlung wird ein Aufschlag von 12 % der Vertragssumme erhoben. Wenn Raten nicht pünktlich gezahlt werden, ist nach der ersten Überfälligkeit einer Rate von 3 Wochen der volle Ausbildungsbetrag zu zahlen.

Widerrufsbelehrung alternaMedica

Widerrufsrecht
Sie haben das Recht, binnen vierzehn Tagen ohne Angabe von Gründen diesen Vertrag zu widerrufen. Die Widerrufsfrist beträgt vierzehn Tage ab dem Tag des Vertragsschlusses.

Um Ihr Widerrufsrecht auszuüben, müssen Sie uns (alternaMedica, Heidi Sommer, Graf-Adolf-Str. 16, 40212 Düsseldorf, Tel.:+49 (0) 211 8629071, Fax.: 49 (0) 2151 966350, Mail: alternamedica@t-online.de) mittels einer eindeutigen Erklärung (z.B. ein mit der Post versandter Brief, Telefax oder E-Mail) über Ihren Entschluß, diesen Vertrag zu widerrufen, informieren. Sie können dafür das beigefügte Muster-Widerrufsformular verwenden, das jedoch nicht vorgeschrieben ist.

Zur Wahrung der Frist reicht es aus, dass Sie die Mitteilung über die Ausübung des Widerrufrechts vor Ablauf der Widerrufsfrist absenden.

Folgen des Widerrufs
Wenn Sie diesen Vertrag widerrufen, haben wir Ihnen alle Zahlungen, die wir von Ihnen erhalten haben, einschließlich der Lieferkosten (mit Ausnahme der zusätzlichen Kosten, die sich daraus ergeben, dass Sie eine andere Art der Lieferung als die von uns angebotene, günstigste Standardlieferung gewählt haben), unverzüglich und spätestens binnen vierzehn Tagen ab dem Tag zurückzuzahlen, an dem die Mitteilung über Ihren Widerruf des Vertrags bei uns eingegangen ist. Für diese Rückzahlung verwenden wir dasselbe Zahlungsmittel, das Sie bei der ursprünglichen Transaktion eingesetzt haben, es sei denn, mit Ihnen wurde ausdrücklich etwas anderes vereinbart; in keinem Fall werden Ihnen wegen dieser Rückzahlung Entgelte berechnet.

Haben Sie verlangt, dass die Dienstleistungen während der Widerrufsfrist beginnen soll, so haben Sie uns einen angemessenen Betrag zu zahlen, der dem Anteil der bis zu dem Zeitpunkt zu dem Sie uns von der Ausübung des Widerrufsrechts hinsichtlich dieses Vertrages unterrichten, bereits erbrachten Dienstleistungen im Vergleich zum Gesamtumfang der im Vertrag vorgesehenen Dienstleistungen entspricht.

Ende der Widerrufsbelehrung

Ort/Datum: .....

zur Kenntnis genommen

Unterschrift: .....

Graf-Adolf-Strasse 16, 40212 Düsseldorf, Tel: 0211- 86 290 71 Fax: 02151- 966350, E-Mail: alternamedica@t-online.de, Internet: www.alternamedica.de

Widerrufsformular

(Wenn Sie den Vertrag widerrufen wollen, dann füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden Sie es zurück.)

An
alternaMedica
Heidi Sommer
Graf - Adolf - Str. 16
40212 Düsseldorf

Mail: alternamedica@t-online.de

Hiermit widerrufe(n) ich/wir(*) den von mir/uns (*) abgeschlossenen Vertrag über die Erbringung der

folgenden Dienstleistung : .....

Name des/der Verbraucher(s): ....

Anschrift des/der Verbraucher(s): .....

Unterschrift des/der Verbraucher(s) (nur bei Mitteilung auf Papier): .....

Datum: .....

(*)Unzutreffendes streichen