

## Allgemeine Teilnahmebedingungen für Veranstaltungen

**Kontakt/Anmeldung:** Ute Friedericke Schönborn  
Individual Healing  
Hauptstrasse 27  
CH – 9422 Staad / Bodensee  
E-Mail: [Kontakt@heiler-medium.ch](mailto:Kontakt@heiler-medium.ch)

### Verbindliche Anmeldung und Bestätigung der Teilnahmebedingungen

(Bitte die Angaben deutlich in Blockschrift ausfüllen)

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Veranstaltung: \_\_\_\_\_

am: \_\_\_\_\_ bzw.: vom: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Veranstaltungsgebühr: \_\_\_\_\_

**Anmeldefristen/Widerrufsfrist:** Anmeldung nach Anmeldeeingang. Widerrufsfrist ohne Angabe einer Begründung schriftlich innerhalb zwei Wochen ab Absendedatum.

#### Stornierungsgebühren, geltend für Lang- und Kurzzeitveranstaltungen:

- bis 35 Wochentage vor Veranstaltungsbeginn 10 % als Bearbeitungsgebühr.
- bis 30 Wochentage vor Veranstaltungsbeginn 100 % der Veranstaltungsgebühr.

Bei Abbruch / Fernbleiben der Veranstaltung fallen 100 % der Veranstaltungsgebühr an.

**Ersatzteilnehmer:** Können nach Absprache gestellt werden.

**Umbuchungen:** Sind nach Absprache möglich, es fällt eine Umbuchungsgebühr an.

**Seminaränderungen:** Absagen aus dringen Gründen behält sich der Veranstalter vor. Die gezahlten Gebühren für die abgesagte Veranstaltung werden erstattet.

**Preis:** Die Veranstaltungsgebühren sind Bruttopreise. Bei mehrtägigen Veranstaltungen inbegriffen sind Pausenverpflegung (ohne Mittagessen), Softgetränke und ein Zertifikat.

**Rechnungsstellung:** Erfolgt nach Ihrer Anmeldung und ist innerhalb sieben Tagen fällig.

**Hinweis:** Die Veranstaltungen dienen der Persönlichkeitsentwicklung und ersetzen keine therapeutischen oder medizinischen Behandlungen. Jede/r Teilnehmer/in trägt die volle Verantwortung für seine Handlungen inner- und außerhalb der Veranstaltungen selbst und macht aus eventuellen Folgen keine Ansprüche gegenüber dem Veranstaltungsleiter/in geltend. Sollten Sie sich in medizinischer / psychotherapeutischer Behandlung befinden, verpflichten Sie sich zur Mitteilung hierüber, um die Möglichkeit einer Seminarteilnahme abzuklären.

**Verschwiegenheitsklausel:** Die Teilnehmer/innen verpflichten sich, Informationen über Gruppenprozesse und untereinander vertraulich zu behandeln. Ihre Daten werden gem. Datenschutzverordnung vertraulich für die Anmeldezwecke genutzt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift