

Anmeldung

Name/Vorname
Straße/Nr.
PLZ/Ort/Land
Telefon:
E-Mail:
Beruf:
Gebuchte Ausbildung: <input type="checkbox"/> Basisausbildung Āyurveda (BA) <input type="checkbox"/> Vorklinische Ausbildung Āyurveda-Medizin für Heilberufe (VKA) <input type="checkbox"/> Klinische Ausbildung Āyurveda-Medizin für Heilberufe (KA) <input type="checkbox"/> Gesamtausbildung Āyurveda-Medizin für Heilberufe (BA, VKA, KA) <input type="checkbox"/> Therapeutenfachausbildung: Āyurveda Massage (MFA) <input type="checkbox"/> Therapeutenfachausbildung: Āyurveda Ernährungsberater (EFA) <input type="checkbox"/> Therapeutenfachausbildung: Āyurveda Coaching (CFA) <input type="checkbox"/> Therapeutenfachausbildung: Āyurveda Komplémentärtherapie (KTA) <input type="checkbox"/> Gesamtausbildung Āyurveda-Therapie (BA + 1 TFA) <input type="checkbox"/> Yogatherapie Grundlagen Ausbildung (YG) <input type="checkbox"/> Yogatherapie Fachausbildung Orthopädie (YO) <input type="checkbox"/> Yogatherapie Fachausbildung Psychosomatik (YNP) <input type="checkbox"/> Yogatherapie Fachausbildung Innere Medizin (YIG) <input type="checkbox"/> Gesamtausbildung Yogatherapie (YT) <input type="checkbox"/> Heilpraktiker Ausbildung (HP)
Genauere Ausbildungsbezeichnung und Ausbildungszeitraum: -----
Gewünschte Zahlungsmodalität: <input type="checkbox"/> Gesamtzahlung <input type="checkbox"/> Ratenzahlung/Anzahl
Seminar: Seminardatum:

Die AGB`s der *vidya sāgar* Akademie für Āyurveda und Yogatherapie habe ich gelesen und erkenne sie hiermit an.

Ort/Datum

Unterschrift