

Anmeldung „ICH nehme ab“

Bitte kreuzen Sie den gewünschten Kurszeitraum an:

- Frühjahrskurs 21:** 18.03., 25.03., 1.04., 8.04., 15.04., 22.04., 29.04., 06.05., 13.05., 20.05.
 Herbstkurs 2021: 16.09., 23.09., 30.09., 7.10., 14.10., 21.10., 28.10., 4.11., 11.11., 18.11.

jeweils donnerstags von 18.00 bis 19.30 Uhr (2 Zusatztermine möglich)

Name, Vorname: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Geburtsdatum: _____ Größe in cm: _____ Gewicht in kg: _____

Krankenkasse: _____

Teilnahmebedingungen:

Die maximale Teilnehmerzahl beschränkt sich auf 10 Personen. Wird die Mindestteilnehmerzahl von sechs Personen nicht erreicht, so findet der Kurs nicht statt. In diesem Fall wird die Kursgebühr rückerstattet.

Eine Abmeldung und Rückerstattung der Kursgebühr kann bis 14 Tage vor Kursbeginn erfolgen. Danach ist keine Rückerstattung mehr möglich.

Der Kurs richtet sich an Erwachsene ohne behandlungsbedürftige Stoffwechselerkrankung und ohne Essstörung. Der BMI der TeilnehmerInnen sollte im Bereich 25 – 30 kg/m² liegen, zwischen 30,1 und 35 ist eine ärztliche Befürwortung der Teilnahme einzuholen.

Die Bezuschussung durch die Krankenkassen klärt jeder Teilnehmer eigenverantwortlich mit seiner Kasse. Bei regelmäßiger Teilnahme (mindestens 80% der Termine) erhalten Sie eine Teilnahmebescheinigung, die Sie gemeinsam mit der Rechnung bei Ihrer Kasse einreichen.

Die Anmeldung wird erst nach Eingang der Kursgebühr in Höhe von 275 Euro (inklusive Kursordner) gültig. Bitte überweisen Sie den genannten Betrag auf das Konto:

Bank **N26**, Kontoinhaber: **Renate Kreisz**, IBAN: **DE13 1001 1001 2629 0052 27**, BIC **NTSBDEB1XXX**

Hiermit melde ich mich verbindlich zum Kurs „ICH nehme ab“ zum oben genannten Termin an. Ich bestätige, die Teilnahmebedingungen zur Kenntnis genommen und akzeptiert zu haben. Meine Angaben sind vollständig und richtig.

Ich leide weder an einer behandlungsbedürftigen Stoffwechselerkrankung noch an einer Essstörung. Mein BMI liegt im Bereich 25 – 30 kg/m² bzw. im Bereich 30,1 – 35 kg/m² und mein/e Arzt/Ärztin befürwortet die Teilnahme am Kurs

Datum und Ort

Unterschrift des Teilnehmers

Bitte senden Sie dieses Formular unterschrieben per Mail an
mail@ernaehrung-in-balance.info oder per Post an
Renate Kreisz, Friedenstr. 19, 77654 Offenburg