



Ihre Anmeldung zur Rückbildungsgymnastik

Ich freue mich über Ihr Interesse für den Kurs „Rückbildungsgymnastik“.

Zeitraum _____
Uhrzeit _____
Kosten 6,00 EUR pro versäumten Termin
Ort Hebammenpraxis, Seestraße 5b, 17440 Kröslin

Bitte zu den Stunden mitbringen: bequeme Kleidung und eine Decke/Handtuch zum Unterlegen.

Bei Fragen zum Kurs rufen Sie mich gerne an!

Herzliche Grüße
Gabriela Morgenstern

Anmeldung und Teilnahmebedingungen:

Die Gebühren für durchgeführte Kursstunden werden bei gesetzlich versicherten Frauen von der Hebamme direkt mit der Krankenkasse abgerechnet. Da die Kursstunden bei einem geschlossenen Kurs aufeinander aufbauen, ist es nicht möglich, die Teilnehmerin während des laufenden Kurses durch eine andere zu ersetzen. Die Gebühren für versäumte Kursstunden werden von der Krankenkasse nicht übernommen und sind daher von der Kursteilnehmerin selbst zu tragen. Dabei ist es unerheblich, aus welchem Grund die Teilnahme nicht erfolgte. Versäumte Stunden können nicht nachgeholt werden. Die Hebamme ist berechtigt, einzelne Kursstunden kurzfristig zu verlegen. Eine vorzeitige ordentliche Kündigung vor Kursende ist nicht möglich.

Zur verbindlichen Anmeldung senden Sie mir bitte das ausgefüllte Anmeldeformular unterschrieben zurück.

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von zwei Wochen ohne Angaben von Gründen in Textform (z.B. Brief, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt frühestens nach Erhalt dieser Belehrung in Textform, jedoch nicht vor Vertragsschluss und auch nicht vor Erfüllung unserer Informationspflichten gemäß Art. 246 § 2 in Verbindung mit § 1 Abs. 1 und 2 EGBGB. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Gabriela Morgenstern, Am Wald 7, 17438 Wolgast oder per E-Mail an info@hebamme-herz-seele.de.



Anmeldeformular

Hiermit melde ich mich verbindlich zum Rückbildungskurs bei der Hebamme Gabriela Morgenstern an und erkläre mich mit den Teilnahmebedingungen einverstanden. Mein Widerrufsrecht habe ich zur Kenntnis genommen.

Name, Vorname	geboren am
Straße	PLZ, Ort
E-Mail-Adresse	Telefon
Krankenkasse	Kassennummer
Versichertennummer	
Name des Kindes	geboren am

Besonderheiten zur Geburt oder im Wochenbett (Kaiserschnitt, Geburtsverletzungen, Wundheilungsstörungen etc.), derzeitige Beschwerden (z.B. im Rücken, Beckenboden)

Datum, Ort	Unterschrift der Teilnehmerin
------------	-------------------------------