



Rückantwort per Mail, Brief oder Fax
European Rolfing® Association e.V.
Saarstraße 5
80797 München

Fax: + 49 (0)89 - 54 37 09 42
Email: modelle@rolfing.org

Anmeldeformular Modell

Termine 10er Reihe Intensiv Februar/März 2018

Ich möchte als Modell an den 10 Standard-Rolfing®-Sitzungen teilnehmen:

Gruppe A

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lehrermodell jeweils 10:30 – 12:00 Uhr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Studentenmodell bei einem Kursteilnehmer Gruppe A1 jeweils 14:30 – 16:00 Uhr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Studentenmodell bei einem Kursteilnehmer Gruppe A2 jeweils 16:30 – 18:00 Uhr

Behandlungstage

Gruppe A

Mi. 07.02.18	Mo. 12.02.18
Mi. 14.02.18	Mi. 21.02.18
Mo. 26.02.18	Mo. 05.03.18
Mi. 14.03.18	Mo. 19.03.18
Mi. 21.03.18	Mo. 26.03.18

Gruppe B

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lehrermodell jeweils 09:15 – 10:45 Uhr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Studentenmodell bei einem Kursteilnehmer Gruppe B1 jeweils 14:30 – 16:00 Uhr
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Studentenmodell bei einem Kursteilnehmer Gruppe B2 jeweils 16:30 – 18:00 Uhr

Behandlungstage

Gruppe B

Do. 08.02.18	Di. 13.02.18
Do. 15.02.18	Do. 22.02.18
Di. 27.02.18	Di. 06.03.18
Do. 15.03.18	Di. 20.03.18
Do. 22.03.18	Di. 27.03.18

Preis für die 10er-Serie als Modell:

Standard: 300 € (Studenten/Azubis/Arbeitslose mit Nachweis: 150 €)

Lehrermodell: 350 €

Ich komme zum Informationsabend am Montag, den 05.02.2018 von 19.00 – ca. 21.00 h

Ich hatte bereits Rolfing® Sitzungen: Nein Ja

Falls ja, bei wem, wann und wie viele:

Bitte beachten Sie, dass alle 10 Termine verbindlich zu buchen sind und dass dieses Angebot bevorzugt für solche Teilnehmer gedacht ist, die noch keine 10 Rolfing-Sitzungen hatten.

Voraussetzungen: Alter: 18-70 Jahre. Normalgewicht. Keine chronischen, akuten Erkrankungen (Krebserkrankungen sollten seit mehr als 5 Jahre ausgeheilt sein). Keine entzündlichen oder offenen dermatologische Erkrankungen. Keine derzeitige Psychotherapiebehandlung.



Anmeldeformular Modell

Persönliche Daten

Vorname

Nachname

Straße, Hausnummer, Adresszusatz

PLZ, Stadt

Land

Email

Telefon Festnetz

Telefon Mobil

Fax

Ich melde mich verbindlich zu den markierten Terminen an:

Datum

Vorname Nachname

Jetzt per E-Mail senden

Sie können uns dieses Formular auch per Post oder per Fax schicken.