

**ANMELDUNG ZUR FEBAH SOC COACH Ausbildung  
Solution Oriented Coach  
„Lösungsorientierten Coach und Lebensberater“**

An Anita Grinninger  
Erlenstr. 36  
90441 Nürnberg

Tel. 0911 – 9407276  
Fax: 0911 – 9407275  
Handy: 01736849389  
Mail: ginninger.anita@gmail.com oder info@febah-coaching.de

Füllen Sie dazu das Formular aus und schicken Sie es danach per Mail, Fax oder Post zu.

\_\_\_\_\_ **Ja hiermit ich melde mich verbindlich zur FEBAH SOC COACH Ausbildung Solution Oriented Coach „Lösungsorientierten Coach und Lebensberater“ an.**

**Termine: Modul 1:** 23.02. – 25.02.2018 **Modul 2:** 20.04. – 22.04.2018 **Modul 3:** 15.06. – 17.06.2018 **Modul 4:** 10.08. – 12.08.2018

Ich weiß, dass ich vor, während und nach dem Coaching- Ausbildung für meine Handlungen selbst verantwortlich bin. Gesetzlich muss ich Sie darauf aufmerksam machen, dass die von mir angebotenen Praktiken, nach den derzeitigen naturwissenschaftlichen Kriterien der Schulmedizin, keine Wirksamkeit besitzen. Coaching Hilfe ist kein Ersatz für die Schulmedizin und ersetzt keinen Gang zum Arzt. Es werden keine Heilversprechen abgegeben und keine Diagnosen im schulmedizinischen Sinne gestellt. Die Teilnahme an der Gruppenarbeit ist freiwillig, alle Teilnehmer tragen die volle Verantwortung für sich selbst und ihre Handlungen innerhalb und außerhalb der Gruppe. Voraussetzung für die Teilnahme ist eine normale physische und psychische Belastbarkeit. Bei Rücktritt bis spätestens 4 Wochen vor der Seminarwoche verrechne ich die Hälfte des Ausbildungshonorares. Bei späterer Abmeldung oder Nichterscheinung zur Ausbildung ist der ganze Ausbildungsbeitrag zu leisten. Bei Absage sind die Ausfallkosten für das Seminarhaus, Überwachungskosten und Verpflegung vom Seminarteilnehmer selbst zu bezahlen. Im Falle einer nachweislichen Krankheit ist die Ausbildung trotzdem zu bezahlen. Die Zahlung verfällt jedoch nicht, sondern Sie erhalten einen Gutschein in Höhe des Ausbildungsbetrages (ohne Abzug von Storno Bearbeitungsgebühren). Diesen Gutschein können Sie jederzeit in Form von Teilnahmen bei anderen Ausbildungen oder Seminaren des FEBAH-ProLife Institut einlösen.

Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

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

Tel: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ E Mail: \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_