



Naturheilpraxis
Karin Tesch
Dipl.-Päd., Heilpraktikerin

Marburger Str. 2
60487 Frankfurt am Main

Telefon 06192 / 90 08 22

Anmeldeformular

Seminar Holotropes Atmen vom 19.–21. Juni 2026

Bitte gut lesbar ausfüllen und per Post senden an:

Karin Tesch

Münsterer Str. 51
65719 Hofheim-Lorsbach

Hiermit melde ich mich verbindlich für das **Wochenendseminar
Holotropes Atmen vom 19.–21.06.2026** im Kapellenhof, 63546 Hammersbach an.

.....
Vorname / Name

.....
Straße / Hausnr.

.....
PLZ / Ort

.....
Telefon und E-Mail-Adresse für organisatorische Rückfragen

Ausgebucht!
Warteliste möglich

Die Seminargebühr beträgt Euro 370,- zuzüglich der Kosten für Unterkunft und Verpflegung.

Mit der Anmeldebestätigung erhalte ich eine Bankverbindung, auf die ich die Kursgebühr überweise, sowie alle für die Teilnahme relevanten Informationen.

**Erst nach erfolgtem Zahlungseingang ist mein Platz im Wochenendseminar
Holotropes Atmen vom 19.–21.06.2026 verbindlich reserviert.**

Ich bestätige, dass ich mich in der Lage sehe, eigenverantwortlich an dieser Veranstaltung teilzunehmen. Die Kontraindikationen für Holotropes Atmen unter www.karin-tesch.de habe ich gelesen und bestätige hiermit, dass diese nicht auf mich zutreffen.

Die Datenschutzerklärung unter www.karin-tesch.de/impressum habe ich gelesen und bin damit einverstanden.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Organisatorin des Seminars dem Seminarhaus Kapellenhof kurz vor Kursbeginn eine Teilnehmerliste übermittelt, um Unterbringung und Verpflegung der Seminarteilnehmer zu gewährleisten.

.....
Datum

.....
Unterschrift