

INSTITUT FÜR HEILENDE MEDIZIN  
„HEILFASTEN IN STILLE“ ANMELDUNG

**Seminarname: „Heilfasten in Stille“**

**Datum: 02. – 11.10.2020**

**Vorname:** .....

**Nachname:** .....

**Straße:** .....

**Land / PLZ / Ort:** .....

**Telefon:** .....

**Mobil:** .....

**Email:** .....

Die AGB (Seminarbedingungen) habe ich gelesen.  
Ich erkläre mich mit der Speicherung meiner Daten einverstanden zwecks  
Zusendung von Informationen des Instituts für heilende Medizin.

**Datum** ..... **Unterschrift** .....

**Anmeldung bitte einsenden:**

**Institut für heilende Medizin**  
Dr. med. Susanne Kreft  
Baleckestraße 3, 18055 Rostock  
Fax: (0381) 4922778  
Email: [info@heilende-medizin.de](mailto:info@heilende-medizin.de)

**Bankverbindung:**  
Institut für heilende Medizin  
IBAN DE62300606010103159124  
BIC DAAEDEDXXX

