

AUSBILDUNGSVERTRAG Heilpraktikerausbildung

1. Personalien der/des Studierenden:

Name/ Vorname _____

Straße/ Hausnr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Geburtsdatum _____

Beruf _____

Schulabschluss _____

Ausbildungsbeginn _____

E-Mail Adresse _____

2. Ausbildungsleistungen

Die Ausbildung vermittelt die erforderlichen Kenntnisse zum Ablegen der amtsärztlichen Prüfung und zur Ausübung der Heilpraktiker-Tätigkeit in einer eigenen Praxis.

Der Unterricht findet einmal wöchentlich montags von 18.00 – 21.15 Uhr und einmal monatlich samstags von 9.00 – 16.00 Uhr statt. In den Wintermonaten können 2 Samstage stattfinden. Die Ferien finden in Anlehnung an die Niedersächsischen Schulferien statt, sind aber kürzer.

Montags wird eine viertel Stunde, samstags eine Stunde Pause gemacht. In besonderen Fällen (z. B. Therapiesamstage) wird die Pausenlänge durch den Dozenten individuell bestimmt.

Als Leistungsumfang werden die im Informationsmaterial benannten Unterrichtsfächer aufgeführt.

3. Ausbildungskosten

Die Ausbildungskosten betragen insgesamt 5.760,- €. Das entspricht einem Betrag von 180,- über 32 Monate.

Kontoinhaber: _____

BIC: _____

IBAN: _____

Ich bin einverstanden, dass die monatlichen Raten von 180 € von obigem Konto per Lastschrift abgebucht werden. Bei nicht ausreichender Deckung ist das Kreditinstitut nicht zur Einlösung verpflichtet. Die Gebühren für die Rückbuchung übernehme ich als Schuldner.

Datum _____ Unterschrift des Kontoinhabers _____

Nichtteilnahme am Unterricht entbindet nicht von der Zahlung der Lehrgangsgebühren. Die versäumten Unterrichte können nach Absprache mit der Leitung kostenlos nachgeholt werden.

4. Kündigung

Der Vertrag ist im 1. Halbjahr nicht kündbar. Danach besteht eine Kündigungsfrist von sechs Wochen zum jeweiligen Quartalsende. Die Kündigung muss durch Einschreibebrief erfolgen. Der Dozent übt in den Unterrichtsräumen das Hausrecht aus. Versicherung ist Sache des Teilnehmers.

5. Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für den Zeitraum von 5 Jahren gespeichert werden. Es gelten allgemeine datenschutzrechtliche Bestimmungen.

6. Versicherung

Versicherung ist Sache des Teilnehmers.

Hiermit erkläre ich mich mit den Vertragsbedingungen einverstanden.

Ort, Datum _____

Unterschrift der Leitung _____

Unterschrift der/des Heilpraktikeranwärters*in (HPA) _____