

# Tagesworkshop

## *Bach-Blüten für ihr Kind*

- Referent: Hagen Heimann
- Seminarorte: [maroneKinderkrippe, Friedrichsdorfer Str. 8, 61352 Bad Homburg, Tel.: 06172/4956511](#)  
[Naturheilpraxis Kleyboldt, Hoherodskopfstr.40, 63667 Nidda, Tel.: 06043/801719](#)
- Seminardatum: **Samstag 17. November 2012, Bad Homburg**  
**Sonntag 18. November 2012, Nidda**
- Kurszeiten: 10<sup>00</sup> Uhr (bitte schon um 9<sup>45</sup> Uhr da sein!) bis ca. 18<sup>30</sup> Uhr
- Seminargebühr: €90,- pro Person / Elternpaare €160,-
- Konditionen: Die Anmeldung ist gültig nach erfolgter Bezahlung. Bei Rücktritt bis 4 Wochen vor Seminarbeginn wird die volle Seminargebühr zurückerstattet, bei Rücktritt bis eine Woche vor Seminarbeginn 50 %. Bei späterem Rücktritt bzw. Nichterscheinen erfolgt keine Rückerstattung. Reservierung erfolgt in der Reihenfolge des Zahlungseingangs.  
**Die Teilnehmerzahl ist begrenzt!**
- Vorraussetzungen: **keine**
- Bitte beachten: **Rückfragen bitte nur schriftlich oder per Fax an: Internationales Zentrum für Neue Therapien, Postfach 1712, D-63407 Hanau. Fax: 06181/24640 oder direkt beim jeweiligen Veranstalter.**

-----  
Bitte hier abtrennen und einsenden an: Internationales Zentrum für Neue Therapien, Postfach 1712, D-63407 Hanau am Main

Hiermit melde ich mich verbindlich zum Tagesworkshop *Bach-Blüten für ihr Kind* an. (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- [Samstag den 17. November 2012 in Bad Homburg](#)
- [Sonntag den 18. November 2012 in Nidda](#)
  
- Scheck liegt bei (*Schecks werden erst bei Seminarbeginn eingelöst*), bitte nicht per Einschreiben !
- Ich habe die Kursgebühr in Höhe von €90,-/€160,- auf das Konto: 92831600, Postbank Frankfurt/Main BLZ 50010060 (Kontoinhaber: Hagen Heimann) überwiesen.  
(Für Überweisungen aus dem Ausland: IBAN DE65 5001 0060 0092 8316 00, BIC PBNKDEFF)

Name:..... E-Mail:.....

Straße:.....

PLZ/ORT:..... Telefon:.....