

SEMINAR

NEUE THERAPIEN MIT BACH-BLÜTEN

KURS I

- Referent: **Hagen Heimann** – Autor und Seminarleiter, Internationales Zentrum für neue Therapien - Hanau
- Seminarort: **VISION-BBS**, Karolin Reitzi-Santen u. Michael Santen,
Benkertstr. 2, Holländisches Viertel, 14467 Potsdam
Tel: 0331 - 20 05 765, Fax: 0331 - 20 05 766, Mobil: 0176 –96 72 0182
- Seminardatum: **19. - 21. Februar 2010**
Seminarbeginn: **Freitag 19 - 22Uhr, Samstag: 10 – 18 Uhr, Sonntag 10 – 16.00 Uhr**
(die genauen Zeiten ergeben sich dem Seminarablauf entsprechend)
- Seminargebühr: €250.- (incl. MwSt.)
- Mittagessen: Auf Wunsch gemeinsam in einem nahe liegenden Restaurant nach Absprache.
- Mitzubringen: Farbige Markierungsstifte (Textmarker) in den Farben Blau, Gelb und Grün.
Bequeme Kleidung, Notizheft und Schreibzeug
- Anmelde-
bedingungen: 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. **Anmeldeschluß: 10.Februar 2010.**
Die Teilnehmerzahl ist auf 25 Teilnehmer/innen begrenzt.
- Übernachtung: In unmittelbarer Umgebung sind zahlreiche Hotels / Pensionen vorhanden..
- Bitte beachten: Rückfragen bitte nur schriftlich per Fax oder mail an: VISION BBS,
Benkertstr. 2, 14467 Potsdam, Tel: 0331 - 20 05 765, Fax: 0331 - 20 05 766.
Internet: www.vision-bbs.de, E-Mail: kmsanten@vision-bbs.de

Bitte hier abtrennen und einsenden an: VISION BBS, Benkertstrasse 2, 14467 Potsdam

Hiermit melde ich mich verbindlich zum Seminar Bach-Blüten I vom 19.-21.02.2010 in Potsdam an.

- Scheck liegt bei (*Schecks werden erst bei Seminarbeginn eingelöst*)
 Ich habe die Kursgebühr in Höhe von €250.- auf das Konto: 10727101, Postbank Berlin,
BLZ 10010010 (Kontoinhaber: Vision BBS Santen) überwiesen*.
* Für Überweisungen aus dem Ausland: IBAN: DE 54100100100010727101, BIC: PBNKDEFF

Name:

Straße:

PLZ/ORT: Telefon:.....

Datum / Unterschrift: