

Magic Flower Yoga
Florence Kretschmer
Schweppenhäuserstraße 10
D - 76889 Oberotterbach
Allemagne



Inscription

par Fax: 0049 (0)6343/9238667 par E-Mail: info@magicfloweryoga.com par courrier

Ci-dessous, je confirme mon **inscription définitive** en effectuant le paiement en temps voulu.

Merci d'inscrire votre adresse complète et/ou le(s)cours, séminaire(s), soin(s) choisi(s).

Nom/prénom: _____

Rue: _____

Code postal / lieu: _____

Adresse Mail: _____ Tel./Fax.: _____

Merci de bien cocher la/ les cases souhaitée(s). Indiquer le ou les cours/ soins désiré(s), dates et horaires.

Assurance maladie allemande: les cours de prevention sont pris en charge par votre caisse d'assurance.

Prix par personne / TVA (19%) comprise

<input type="checkbox"/>	Yoga 10 séances de 90 minutes/ voir le plan des cours	165,- €
<input type="checkbox"/>	Yoga 1x 90 minutes /en groupe	28,- €
<input type="checkbox"/>	Yoga /carte de 10 séances de 90 minutes; valable 4mois à partir du paiement et du premier cours.	220,-€
<input type="checkbox"/>	Yoga coaching individuel de 90 minutes / 60 Minuten	80,- € / 60,- €
<input type="checkbox"/>	Shiatsu 60 minutes	80,- €
<input type="checkbox"/>	Shiatsu/ 5 séances de 60 minutes/ valable 3 mois à partir de l'achat de la carte	320,- €
<input type="checkbox"/>	Massages Ayurvédiques 60 minutes/ 90 minutes/ Abo 3x60 minutes	85,-€/ 95,-€/ 265,-€
<input type="checkbox"/>	Réflexologie plantaire de 45 minutes	65,-€
<input type="checkbox"/>	Conseil en alimentation/ 5 éléments / 60 minutes	60,-€

WORKSHOPS/ COACHING POUR ENTREPRISES/ 3x60 minutes: 380,-€

Le paiement est à effectuer dans sa totalité avant le début des cours/ stage(s).

Les cours manqués ne peuvent pas être rattrapés (sauf sur présentation d'un certificat medical.)

<input type="checkbox"/>	Par virement bancaire / IBAN DE96 6723 0000 4059 6773 17/ BIC MLPBDE61 (préciser le cours)
<input type="checkbox"/>	En espèce, avant le début du premier cours

<input type="checkbox"/>	Je suis conscient(e) que le cours/stage ou massage ne remplace pas un suivi médical et la prise d'un traitement médical prescrit.
<input type="checkbox"/>	Je certifie avoir fait part à mon médecin traitant de mon inscription aux prestations ce-dessus, ou je m'engage à prendre l'entière reponsabilité en cas de blessure ou atteinte à mon état de santé.
<input type="checkbox"/>	Faisant part de mon adresse Email, je donne mon accord pour recevoir des mails et des Newsletter.Vos données ne seront transmises à aucun tier.

Date / Signature _____