

ANMELDEFORMULAR PFERDEGESTÜTZTE THERAPIE

Hiermit melde ich mich / mein Kind

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Anschrift _____

Telefonnummer _____

Email _____

sonstige Bemerkungen _____

zur Pferdegestützten Therapie ab dem _____ an.

(Beginndatum)

Ich bin damit einverstanden, dass Fotos von mir / meinem Kind für Flyer, Homepage oder ähnliches verwendet werden dürfen.

Ja Nein

Ich bin außerdem einverstanden, dass meine / unsere Daten für interne Angelegenheiten gespeichert werden.

Ja Nein

Zahlungsweise

Tatsächlich geleistete Einheiten werden am Ende eines Monats gegen Rechnung per Überweisung bezahlt. Ausfallrechnungen für nicht abgesagte Termine werden separat in Rechnung gestellt.

Bei Vorlage der Anmeldung und der ärztlichen Unbedenklichkeitserklärung wird gemeinsam die Anzahl / Länge der Therapieeinheiten festgelegt.

Anzahl der gewünschten Therapieeinheiten _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Regeln und Bedingungen der Pferdegestützten Therapie erhalten und akzeptiert habe. Ebenso bin ich einverstanden, dass meine Daten zu Therapiezwecken und Abrechnungszwecken gespeichert und verarbeitet werden dürfen. Die Datenschutzerklärung der Praxis Würdemann habe ich erhalten.

Ort, Datum Unterschrift Teilnehmer bzw. bei Minderjährigen eines Erziehungsberechtigten / Vormund