



## Anmeldung

Bitte senden an: Praxis für Akupunktur und Traditionelle Chinesische Medizin  
Dr. Yu Xiao, Widdersdorfer Landstraße 4 50859 Köln  
Oder per Mail: [info@tcm-praxis-xiao.de](mailto:info@tcm-praxis-xiao.de)

|        |       |         |       |
|--------|-------|---------|-------|
| Name   | _____ | Vorname | _____ |
| Straße | _____ | PLZ Ort | _____ |
| Mobil  | _____ | E-Mail  | _____ |

Ich melde mich verbindlich zu folgendem Kurs an

|          |                                                                                          |                |            |             |                  |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|-------------|------------------|
| Kurs:    | Qi Gong 8 Brokate                                                                        | 10 Wochen-Kurs | 175€       | donnerstags | 18:00 - 19:30Uhr |
| Kurs-ID: | 20190913-1136667                                                                         | Kursbeginn:    | 05.03.2020 |             |                  |
| Kursort: | ZeitgeistKulturzentrum – im Kindergarten (Köln-Braunsfeld)<br>Wiethasestr. 52 50933 Köln |                |            |             |                  |

*\*der Kurs ist zertifiziert und wird von den gesetzlichen Krankenkassen bezuschusst*

---

### Krankheit

Bei Krankheit von mindestens 4 Wochen gewährt die Praxis für Akupunktur und TCM gegen Vorlage eines Attestes, eine entsprechende Ruhezeit. Die versäumten Stunden können im unmittelbar darauf folgenden Kurs nachgeholt werden.

### Versäumte Stunden

Es besteht die Möglichkeit eine versäumte Stunde innerhalb von einer Woche nach vorheriger Absprache nachzuholen. Das Nachholen einer Stunde wird ermöglicht, wenn der Ersatzkurs stattfindet und nicht ausgebucht ist, ein Anspruch darauf besteht jedoch nicht.

### Haftung

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Kursteilnehmer mit dieser Anmeldung versichert, gesund zu sein und auf eigene Gefahr am Unterricht teilnimmt. Bitte konsultieren Sie im Zweifelsfall einen Arzt.

---

|            |                              |
|------------|------------------------------|
| Ort/ Datum | Unterschrift des Teilnehmers |
|------------|------------------------------|

---

|            |                                                                         |
|------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Ort/ Datum | Praxis für Akupunktur und Traditionelle Chinesische Medizin Dr. Yu Xiao |
|------------|-------------------------------------------------------------------------|