

Anmeldung zur **Hypnoseausbildung Leipzig 2025**

Vorname: _____ Name: _____

Adresse, Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Beruf: _____

Tel: _____ eMail: _____

Hast du schon einmal eine Hypnoseausbildung abgeschlossen? Wenn ja, wo?

Wie bist du auf diese Ausbildung aufmerksam geworden?

Hast du bereits eine Heilerlaubnis, z.B. als (sektorale/r) Heilpraktiker/in?

☐ Ja ☐ Nein

Bist du aktuell in ärztlicher/therapeutischer Behandlung? ☐ Ja ☐ Nein

Nimmst du Medikamente? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Sie sind damit einverstanden, dass die in diesem Fragebogen erhobenen Daten von der Hypnosepraxis Sascha Edelmann / Signature Academy gespeichert und verarbeitet werden dürfen. Ebenso willigen Sie ein, dass die Hypnosepraxis Sascha Edelmann / Signature Academy Sie unregelmäßig per eMail über Neuigkeiten und Veranstaltungen informieren darf. Ihre Einwilligung in den Versand unseres Newsletters ist jederzeit widerruflich. Senden Sie hierzu eine E-Mail an info@hypnose-edelmann.de. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung bleibt vom Widerruf unberührt. Die Hypnosepraxis Sascha Edelmann versichert Ihnen, dass Ihre Daten streng vertraulich behandelt werden, entsprechend der geltenden gesetzlichen Datenschutzbestimmungen und der Schweigepflicht.

Video -und Audioaufnahmen:

Mir ist bekannt, dass Segmente der Ausbildung gefilmt werden. Ich bin damit einverstanden, dass die in der Ausbildung von mir gemachten Aufnahmen von Sascha Edelmann /Signature Academy zum Zwecke der Werbung u.a. auf der Homepage und in sozialen Medien gezeigt werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann. Dazu genügt eine E-Mail an info@hypnose-edelmann.de.

Ort, Datum, Unterschrift:
