

Hiermit bestätige ich als anerkannte/r Ausbilder/in, dass

Praxis- oder Firmenbezeichnung	
Titel, Berufsbezeichnung:	
Anrede, Vorname, Nachname	
Werbezeile höchstens 100 Zeichen	
Straße / Postfach:	
Land, PLZ, Ort	
Tel, Fax:	
E-Mail, Internet:	

von mir als Dorn-Therapeut/Berater empfohlen wird.

Ort, Datum

Name, Unterschrift des Ausbilders, Stempel >>>

Die gemeinsame Liste der Therapeuten, Berater und Ausbilder der Dorn-Methode ist ein wichtiger Beitrag zur Verbreitung der Dorn-Methode. Sie bietet den Menschen die Möglichkeit, in ihrer Nähe einen Dorn-Anwender zu finden.

Der Basis-Eintrag als Therapeut/Berater erfolgt gegen eine geringe Gebühr von 15,- € pro Jahr. Die Bezahlung erfolgt per Bankeinzug.

Über den Basis-Eintrag hinaus haben Sie die Möglichkeit, mit einem Competence-Eintrag bis zu 3 Bilder und beliebig viel Infotext zu zeigen.

Nähere Informationen hierzu finden Sie auf der Internetseite: www.dornfinder.org.

Senden Sie diese Bestätigung bitte an:

Dornfinder, Holger Verne, Bühlstr. 24, 97506 Grafenheinfeld,
Tel.: +49 9723 8834, Fax.: +49 9723 8835, E-Mail: info@dornfinder.org

Ort, Datum

Unterschrift des neuen Therapeuten/Beraters

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

An (Zahlungsempfänger)
Dornfinder,
Holger Verne
Bühlstr. 24,
97506 Grafenheinfeld
Kto. 505 3368,
Blz 793 501 01
Kreissparkasse Schweinfurt

Name (Anschrift wie oben) des Kontoinhabers:

Hiermit ermächtige(n) Ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtende Zahlung für den Eintrag im Dornfinder bei Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Girokontos durch Lastschrift einzuziehen.

Kontonummer:

Bankleitzahl

Bank:

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers