

Florence Kretschmer



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). Prix par personne en €.

Indiquer le ou les cours/ soins désiré(s), dates et horaires : _____

<input type="checkbox"/>	Yoga 10 séances de 90 minutes/ voir le plan des cours	130,- €
<input type="checkbox"/>	Yoga 1x 90 minutes /en groupe	16,- €
<input type="checkbox"/>	Yoga /carte de 10 séances de 90 minutes; valable 4 mois/ 6 Mois à partir du paiement et du premier cours.	150,- € / 190,- €
<input type="checkbox"/>	Yoga coaching individuel de 90 minutes / 60 Minuten	60,- € / 50,- €
<input type="checkbox"/>	Shiatsu 60 minutes	50,- €
<input type="checkbox"/>	Shiatsu/ 5 séances de 60 minutes/ valable 3 mois à partir de l'achat de la carte	210,- €
<input type="checkbox"/>	Stage Yoga ou Shiatsu: 3 heures / 5 h. / 10 h. weekend	45,- € / 65,- € / 120,-€
<input type="checkbox"/>	Réflexologie plantaire de 45 minutes	45,- €
<input type="checkbox"/>	Conseil en alimentation/ 5 éléments / 60 minutes	45,- €

- Le paiement est à effectuer dans sa totalité avant le début des cours/ stages.
- Les cours manqués ne peuvent pas être rattrapés (sauf sur présentation d'un certificat médical)

<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 responsabilité 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 _____