

**INSIDER – ANGEBOT**

**Als Spiraldynamik®-Insider profitieren Sie von folgendem Angebot:**

- **Teilnahme am Jahreskongress mit 50% Vergünstigung**
- Aufnahme ins Adressverzeichnis der Spiraldynamik® Fachkräfte auf der Web-Datenbank
- E-Newsletter mit aktuellem Fortbildungsprogramm
- 10% Vergünstigung auf Fortbildungen (Organisator Spiraldynamik® Akademie AG) – ausgenommen Kurzfortbildungen und Spiraldynamik® Lehrgänge Intermediate /Intermediate Specific sowie Lehrgang Advanced

Änderungen des Angebots bleiben vorbehalten.

**Jahresgebühr CHF 100.00**

Bei Anmeldung bis Ende Februar wird der ganze Betrag geschuldet.

Bei Anmeldung ab 1. März Betrag pro rata.

Ich nehme das umfassende Insider-Angebot an. Ich kann das Angebot jederzeit auf Ende Jahr, bis spätestens 31.Oktober, schriftlich kündigen. Ansonsten verlängert es sich **automatisch** um ein weiteres Jahr.

**Privatadresse:** Bitte **immer** ausfüllen (für Postzwecke)

Name: ..... Beruf: .....

Vorname: ..... Tel. P: .....

Adresse: ..... Tel. G: .....

PLZ / Ort: ..... Fax: .....

Land: ..... E-Mail: .....

Lehrgang Basic abgeschlossen im Jahr .....⇒ in: .....

**Geschäftsadresse:** (sofern vorhanden)

Firma, Praxis: ..... Tel. G: .....

Adresse: ..... Fax G: .....

PLZ/Ort: ..... E-Mail: .....

Land: ..... Homepage: .....

Ich wünsche, in die öffentliche Liste der Spiraldynamik® Fachkräfte aufgenommen zu werden und bin damit einverstanden, dass meine Adresse in der Web-Datenbank von [www.spiraldynamik.com](http://www.spiraldynamik.com) erscheint. Dieses Angebot ist nur möglich ab Stufe „Fachkraft Level Basic“

**Ich möchte öffentlich mit folgender Adresse geführt werden:**

Privatadresse                      **oder**                       Geschäftsadresse

**Gewünschte Berufsgruppe** (nur eine Zuordnung möglich!)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Arzt (nur Schulmedizin) | <input type="checkbox"/> Körperarbeit und Massage   | <input type="checkbox"/> Sport                      |
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie          | <input type="checkbox"/> andere medizinische Berufe | <input type="checkbox"/> Yoga                       |
| <input type="checkbox"/> Ergotherapie            | <input type="checkbox"/> Tanz                       | <input type="checkbox"/> Schulpädagogik             |
| <input type="checkbox"/> Podologie               | <input type="checkbox"/> Gymnastik                  | <input type="checkbox"/> andere pädagogische Berufe |
| <input type="checkbox"/> Firmenkunde             | <input type="checkbox"/> Medien                     | <input type="checkbox"/> andere Berufsgruppen       |

Ort/Datum: .....                      Unterschrift: .....

Talon bitte ausgefüllt per Post oder Fax senden an: