

Name	
Vorname	
Plz / Ort	
Strasse	
Telefon	
E-Mail	
Jahrgang	
Gewünschte Behandlung	Klassisch <input type="checkbox"/> Reflexzonen <input type="checkbox"/> Reiki <input type="checkbox"/> Quantenheilung <input type="checkbox"/> Dorntherapie <input type="checkbox"/>
Vereinbarter Termin	
Zusatzangaben	

Haftungsausschluss

Die Beanspruchung meines Massage-Angebots erfolgt auf eigenes Risiko. Für Schäden oder Folgeschäden infolge eines Unfalls, einer Verletzung oder einer Krankheit ist jegliche Haftung von Seelenstern ausgeschlossen. Durch Ihre Anmeldung für einen entsprechenden Behandlungstermin erklären Sie sich mit diesem Haftungsausschluss einverstanden.

Ich erkläre mich mit dem Haftungsausschluss einverstanden:

Datum: Unterschrift