

ANMELDEFORMULAR für KOMBI-LEHRGÄNGE

**Tipp: speichern Sie das Formular VOR
dem Ausfüllen lokal auf Ihrem Computer!**

An aromainfo.at e.U.
A-8051 Graz, Wiener Str. 199/6
Fax: +43 (0) 316 681500-15
E-Mail: office@aromainfo.at

Hiermit melde ich mich verbindlich an zum KOMBI-Lehrgang:

- ☐ [MAScent® | Master of Aromapractice](#) & [Gewerbliche Kosmetikerzeugung](#)
- ☐ [MAScent® | Master of Aromapractice](#) & [PsyScent®-Praktiker:in](#)

Nur für Pflegepersonen:

- ☐ [NurScent® | PROFESSIONAL](#) & [Gewerbliche Kosmetikerzeugung](#)
- ☐ [NurScent® | PROFESSIONAL](#) & [MAScent® | Master of Aromapractice](#)
- ☐ [NurScent® | PROFESSIONAL](#) & [Wundmanagement nach §64 GuKG](#)
- ☐ [NurScent® | PROFESSIONAL](#) & [PsyScent®-Praktiker:in](#)

Nur für Ärzt:innen, Pharmazeut:innen und Therapeut:innen:

- ☐ [MedScent® PROFESSIONAL](#) & [Gewerbliche Kosmetikerzeugung](#)
- ☐ [MedScent® PROFESSIONAL](#) & [MAScent® | Master of Aromapractice](#)
- ☐ [MedScent® PROFESSIONAL](#) & [PsyScent®-Praktiker:in](#)

Gewünschter Start am:

Dieser Anmeldung ist bitte folgendes **unbedingt beizulegen:**

- ☐ Lebenslauf (stichwortartig) **mit Foto**
- ☐ Bestätigung über den Abschluss einer (Berufs-)Ausbildung (z.B. Zeugnis)
- ☐ eine kurze Begründung, warum ich die Lehrgänge besuchen möchte und was ich mir davon erwarte

Ich möchte die Kurse „Grundlagen der Aromakunde“ und „Fette Pflanzenöle & Hydrolate“

- ☐ in Präsenz in Graz absolvieren (Termine siehe Website)
- ☐ live hybrid via ZOOM am Präsenztermin teilnehmen (Termine siehe Website)
- ☐ ausschließlich online von zu Hause aus bei freier Zeiteinteilung absolvieren

Vom Angebot erfahren habe ich durch:

- ☐ Google-Suche /Internetrecherche
- ☐ Soziale Medien (z.B. Facebook, Instagram, LinkedIn)
- ☐ aromainfo.at-Newsletter
- ☐ Empfehlung durch Herrn/Frau:

Kostenloser aromainfo.at-Newsletter:

- ☐ ich habe den Newsletter bereits abonniert
- ☐ bitte senden Sie mir diese kostenlosen aromainfo.at-Tipps per E-Mail
- ☐ ich möchte keinen aromainfo-Newsletter

Angaben zur:zum Teilnehmer:in:Anrede: ☐ Frau ☐ Herr

Titel vorangestellt:

Vorname(n):

Nachname:

Titel nachgestellt:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Land:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Sozialvers. Nummer:

Telefonnr.:

Nur Apotheker:innen 8-stellige P-Nummer:

E-Mail-Adresse:

Rechnungsadresse (falls abweichend):

Firmenname

Vorname(n):

Nachname:

Titel nachgestellt:

Firma:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Land:

Telefonnummer:

E-Mail-Adresse:

Ich bezahle die Weiterbildung

☐ auf einmal **mind. 3 Monate vor dem Weiterbildungsstart** und nutze den **Early Bird Rabatt von € 200,-**☐ regulär vor dem Weiterbildungsstart☐ lieber in acht Monatsraten (5% Aufschlag auf die Weiterbildungsgebühr)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die [Weiterbildungsverordnung \(§64 GuKG\)](#), die Angaben in der [Ausschreibung](#) (u.a. betreffend Praktikum), die [Allgemeinen Geschäftsbedingungen](#) und die [Datenschutzerklärung](#) für die Weiterbildung gelesen und verstanden habe und diese vollinhaltlich akzeptiere.

Ort, Datum & Unterschrift: _____