

Primordial Sound Meditation – Anmeldeformular

Name _____ Vorname _____

Telefon (beruflich) _____ Telefon (privat) _____

Postanschrift _____

E-Mail Adresse _____

weiblich/männlich _____ Alter _____ Beschäftigung _____

Geburtsdatum Monat (bitte ausschreiben) _____ Tag _____ Jahr _____

Geburtsort _____ -land _____ -staat _____

Geburtszeit _____ vormittags/nachmittags

Haben Sie schon jemals eine Mantra Meditationstechnik gelernt? Ja _____ Nein _____

Wenn ja, welche? _____

Wann? _____ Wenden Sie diese noch an? _____

Wie ist Ihr Gesundheitszustand Seelisch _____

Körperlich _____

Bitte geben Sie alle Medikamente an, die Sie aktuell einnehmen: _____

Notfallkontakt Name/ Telefonnummer _____

Meine Entscheidung Primordial Sound Meditation (PSM) zu lernen ist eine persönliche Entscheidung. Mir sind keine Versprechungen oder Garantien darüber gegeben worden, dass ich dadurch irgendwelche Vorteile erhalte oder bestimmte Ergebnisse erreiche. Ich verstehe, dass PSM kein Ersatz ist für eine Heilbehandlung durch einen Arzt oder einen professionellen Gesundheitsdienst für physiologische und psychologische Beschwerden. Weiterhin verstehe ich, dass alle Anweisungen, die ich während des PSM-Lehrgangs erhalte für mich persönlich sind und eventuell für andere nicht passen. Sollte ich anderen PSM beibringen wollen, erkläre ich hiermit, das Chopra Center, LLC, und ihre Repräsentanten, Ausbilder und Angestellten von jeglichen Forderungen freizuhalten, die durch mich direkt oder indirekt entstanden sind, falls ich die oben beschriebenen Vereinbarungen verletze. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis mit dem Inhalt dieser Vereinbarung

(Ort, Datum)

Unterschrift _____

Nur für Verwaltungszwecke

Name des Lehrers _____

Datum des Unterrichts _____

Mantra _____