

ANTJE MÜLLER  
DIPLOM-OECOTROPHOLOGIN  
JÄGERPFAD 39  
31789 HAMELN  
FON: 05151 - 40 63 96  
FAX: 05151 - 40 63 97  
UST.NR. 2212405426 FA HAMELN

[WWW.ANTJEMUELLER.DE](http://WWW.ANTJEMUELLER.DE)  
WILLKOMMEN@ANTJEMUELLER.DE

ZERTIFIKAT  
ERNÄHRUNGSBERATERIN  
**VDOE**  
VERBAND DER  
OECOTROPHOLOGEN E.V.

### Anmeldung zur Ernährungsberatung Kleingruppe

Name: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_

### Angaben zu meiner Ausgangssituation

OP-Methode \_\_\_\_\_ Jahr der OP: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ Akt. Gewicht: \_\_\_\_\_

Ernährungsrelevante Begleiterkrankungen  
(z. B. Diabetes, Reflux, Unverträglichkeiten): \_\_\_\_\_

### Ich buche folgendes Kartenmodell

**5er-Karte**

5 Gruppentermine in 9 Monaten  
200,00 € netto  
(ggf. zzgl. gesetzlicher Umsatzsteuer)

**10er-Karte**

10 Gruppentermine in 18 Monaten  
350,00 € netto  
(ggf. zzgl. gesetzlicher Umsatzsteuer)

### Abrechnungsgrundlage (bitte auswählen)

Ich reiche mit der Anmeldung eine ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für Ernährungstherapie ein.  
Bei Vorliegen der Voraussetzungen kann die Abrechnung umsatzsteuerfrei erfolgen.

Ich buche ohne ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung.  
Die Abrechnung erfolgt zzgl. gesetzlicher Umsatzsteuer.

Nach Eingang der Anmeldung und Zahlungseingang erhalte ich den Zugang zum Buchungskalender und kann meine Gruppentermine eigenständig buchen.

(Bitte alle folgenden Punkte bestätigen):

Ich habe die Angebotsbeschreibung gelesen.

Ich habe die Teilnahmebedingungen gelesen und erkenne sie an.

Ich habe die Datenschutzhinweise zur Kenntnis genommen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben zum Zweck der Organisation und Durchführung der Beratung gespeichert und verarbeitet werden.

Ort / Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

