

## BESTIMMUNGEN K.O.R.E.<sup>®</sup> academy europe

K.O.R.E.<sup>®</sup> academy europe  
Rennwiese 1, 77855 Achern  
Germany

www.koretherapy.eu  
Tel.: +49 (0) 7841 / 67 365 – 111  
Fax: +49 (0) 7841 / 67 36 5 – 169

**Bitte lesen Sie folgende Bestimmungen sorgfältig durch und senden Sie die Einverständniserklärung unterschrieben gemeinsam mit der Anmeldung zurück.**

1. K.O.R.E.<sup>®</sup> academy europe hält das Copyright für sämtliche Unterlagen, die für den Kurs zur Verfügung gestellt werden. Diese dürfen nicht vervielfältigt werden außer mit der ausdrücklich schriftlichen Genehmigung der Leitung der Akademie.
2. Teilnehmer dürfen auch nicht nachträglich Kursmaterial benutzen, indem sie gegen das Copyright verstoßen. Dies beinhaltet auch das Lehren des Kursinhaltes anderer Personen.
3. Die Akademie behält sich vor, Kursmaterial zu ändern, ggf. Termine und Kursort.
4. Während des Verlaufs des Kurses muss der Teilnehmer versichern, dass er keine Patienten behandelt, bevor er nicht die notwendigen Voraussetzungen dafür erlernt hat, die der Kursleiter bestätigt.
5. Videoaufnahmen sind nicht gestattet.
6. In dem Fall, dass der Kursleiter der Meinung ist, dass ein Teilnehmer sich nicht an die Regeln hält, um ein professioneller KORE Therapeut zu werden, behält sich die Akademie das Recht vor, ihn vom Kurs und weiteren Kursen auszuschließen. Das gleiche gilt bei mangelnder Anwesenheit oder inadäquatem Verhalten.
7. Social Media: Die Akademie behält sich das Recht vor, entsprechende Maßnahmen zu ergreifen, dass ein Teilnehmer Social Media Beiträge löschen muss, wenn es eindeutige Hinweise darauf gibt, dass sie nicht dem Interesse von Therapeuten, Kunden oder der Akademie dienen, wenn sie zerstörerischer Natur sind oder auf Fehlverhalten hinweisen.
8. Die Suche nach einer Unterkunft zum Kurs liegt in der Verantwortung der Teilnehmer.
9. Indem Sie die Anzahlung leisten und die Einverständniserklärung unterschreiben, erklären Sie sich mit den Kursbedingungen einverstanden.
10. Indem Sie die Einverständniserklärung unterschreiben, bestätigen Sie, dass Sie offiziell zugelassen sind, Patienten als Heilpraktiker, medizinischer Masseur, Physiotherapeut oder Arzt zu behandeln.

Datum: ..... Unterschrift: .....