

Anmeldeformular für «Into Dimensions and Directions»  
vom 14.-19. September 2025 in Luzern CH

|               |             |          |          |
|---------------|-------------|----------|----------|
| Name:         | Vorname:    |          |          |
| Alter:        | Geschlecht: | weiblich | männlich |
| Nationalität: | E-Mail:     |          |          |
| Telefon:      |             |          |          |

|                        |    |                  |                                |    |      |
|------------------------|----|------------------|--------------------------------|----|------|
| Sie sind VegetarierIn: | ja | nein             | Allergien/Unverträglichkeiten: | ja | nein |
| Bemerkungen/Wünsche    |    | Wenn ja, welche? |                                |    |      |

|  |    |      |  |      |      |
|--|----|------|--|------|------|
| Sie sind körperlich gesund   | ja | nein | Sie sind gehbehindert                      | ja   | nein |
| Sie leiden an einer schweren Herzerkrankung oder an einem schweren Nieren- oder ein Lungenleiden |    |      | ja   | nein |      |
| Sie sind psychisch gesund  | ja | nein | Sie benötigen antipsychotische Medikamente | ja   | nein |
| Wenn nein, woran leiden Sie  |    |      |  |      |      |

|                |       |                |
|----------------|-------|----------------|
| Notfallkontakt | Name: | Telefonnummer: |
|----------------|-------|----------------|

|   |            |
|---|------------|
| Ich möchte gern ein Zimmer teilen und brauche dazu Vermittlung. |            |
| 2er Zimmer  | 3er Zimmer |
| Bemerkungen   |            |

Sie bestätigen hiermit, dass Sie während des Aufenthalts die Verantwortung für sich übernehmen auch für tiefe persönliche Prozesse innerhalb des Seminars und der Meditation.

Sie bestätigen hiermit, dass Sie die Organisatorinnen und die Seminarleitung von jeglicher Verantwortung entlasten.

Sie bestätigen hiermit, dass Sie die Teilnahmebedingungen inklusive das Stornierungsreglement gelesen haben und sich damit einverstanden erklären.

Ort:

Datum:

Unterschrift:

Bitte füllen Sie dieses Formular auf Ihrem Computer aus und senden Sie es per [Email](#). Falls Sie das Formular nicht digital unterzeichnen können, senden Sie es trotzdem ausgefüllt zurück. Zusätzlich drucken Sie es aus und unterzeichnen es. Scannen Sie es ein und schicken Sie den Scan ebenfalls per [Email](#). Mit Acrobat Reader ist es möglich, das Formular digital zu unterzeichnen.