HEALING ROOMS SCHWEIZ

Heilungszeugnis

Name: ..... Vorname: ..... Geburtsdatum: .....

Strasse: ..... Telefon: .....

PLZ ..... Ort: ..... E-Mail: .....

Besuch im Healing Room in:
(Bitte ankreuzen)

.... Bern .... Düdingen .... Thun .... Zürich .... Uster
.... Wädenswil .... Aarau .... Ziefen .... Olten .... Arbon
.... St. Margrethen .... Davos .... Luzern

Zeugnis:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Einwilligung zur Veröffentlichung meines Zeugnisses

Durch meine Unterschrift willige ich ein, dass mein Zeugnis editiert, wenn notwendig gekürzt und anonym veröffentlicht werden kann. Dazu gehören auch Print-Medien, Webpages und Radio.

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

Ev. Unterschrift des Erziehungsberechtigten: .....

Heilungszeugnis einsenden an:
Healing Rooms Thun
Moosweg 5
CH-3645 Thun- Gwatt

Kontakt:
Victor und Antonia Bregger (National Advisors)
Tel.: +41 (0)33 335 11 05
Mobile: +41 (0)79 963 60 34
info@healing-rooms.ch / www.healing-rooms.ch