

Teilnahmebedingungen

Anmeldung

Bitte füllen Sie das Anmeldeformular aus und senden Sie es per Post/ Mail zu oder bringen sie es Persönlich zu uns.

Wenn ein Platz frei ist, erhalten Sie rechtzeitig eine Teilnahme- Bestätigung per Mail, Anruf oder persönlich.

Eine Anmeldung ist nur erfolgreich, wenn Sie eine Rückmeldung bekommen.

Bei einem Ausfallen des Termins, informieren wir Sie rechtzeitig.

Einzelne Termine von mehrtägigen Angeboten können nicht wahrgenommen werden.

Kosten

Die Kosten stehen in der Ausschreibung.

Bitte bringen Sie das Geld **bar zur Veranstaltung** mit.

Absage

Wenn Sie nicht teilnehmen können, sagen Sie bitte **so früh wie möglich ab.**

(absagen mindestens 24 Stunden vorher)

- Wenn Sie **ohne Absage nicht kommen**, müssen Sie den angegebenen Betrag **plus 20 € Gebühr** bezahlen.

Am Tag der Aktion unter folgender Nummer zu erreichen:

0176 345 359 73

OBA des INTEGRAL e.V.

Ulmenstraße 24

90443 Nürnberg

Tel: 0911-480 41 293

Fax: 0911-940 19 59

oba-fud@integral-ev.com

Gefördert durch:



**Zeit für mich -
Achtsamkeit und
Entspannung erleben**



**Ein Workshop für
Frauen**

**24. Oktober 2026
07. November 2026**

Hallo liebe Interessierte,

In diesem Workshop nehmen wir uns Zeit für uns selbst.

Wir machen einfache Übungen zum Entspannen und Abschalten.

Dazu gehören Atemübungen, kleine Meditationen, Übungen mit unseren Sinnen und kreative Aktivitäten.

Wir sprechen darüber, was uns gut-tut und was uns im Alltag Kraft gibt.

Dabei können wir zur Ruhe kommen und uns austauschen.

Jede Frau kann so mitmachen wie es für sie angenehm ist.

Infos

Samstag 24.10.2026

10:30—14:00 Uhr



Samstag 07.11.2026

10:30—14:00 Uhr

Integral e.V.



Ulmenstraße 24,
90443 Nürnberg



Preis 1* :15€

Preis 2 : 30€



Im Preis enthalten:

Assistenz, Getränke,
Vesper

*** Preis 1, wird bis auf die Sachkosten mit der Pflegekasse abgerechnet, wenn uns die Abtretungserklärung vorliegt**

Anmeldung: Zeit für mich 2026

Vorname: _____

Nachname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum: _____

Ich nutze:

☐ Rollstuhl ☐ E-Rollstuhl ☐ Rollator

Bitte ankreuzen: Pflegegrad

☐ keinen ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Welche Leistungen stehen Ihnen bei der Pflegekasse zur Verfügung:

☐ keine ☐ Verhinderungspflege
☐ Kurzzeitpflege (umgewandelt)
☐ Entlastungsleistungen

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Teilnahmebedingungen und Datenschutzerklärung des INTEGRAL e.V. an. Diese finden Sie auf der Rückseite und auf der Homepage.

Datum / rechtsverbindliche Unterschrift:
