



Meine Kontaktdaten für die Beratung mit dem TimeWaver

Vorname, Name		Firma	
Adresse			
Telefon		eMail	
Geburtsdatum		Internet	

Ich möchte die Beratung

per Telefon ☐ per Zoom ☐

Die Analyse soll folgenden/folgende Schwerpunkt/e haben

Gesundheit ☐ Beziehung ☐ Finanzielle Freiheit ☐ Beruf/Karriere ☐
Krisenlösung ☐ Lebensfreude ☐ Gebäude ☐ Sonstiges ☐
Unternehmensoptimierung ☐

Warum ich gerade jetzt die Beratung wünsche....

Ich kenne die TimeWaver-Technologie Ja ☐ Nein ☐

Ich bin auf diese Behandlung aufmerksam gemacht worden durch...

Ich willige ein, dass die vorstehenden von mir gemachten Angaben durch Sabine Stein EOOD zum Zweck der Kontaktaufnahme und die Durchführung einer Beratung gespeichert, verarbeitet und genutzt werden. Ich bin darüber informiert, dass ich diese Einwilligung jederzeit formlos widerrufen kann.

Datum Unterschrift