



# LiBea Healing Anmeldeformular

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**Warum möchten Sie eine Behandlung oder Geistige  
Aufrichtung erleben?**

---

---

---



33355 Sahl Hasheesh  
Red Sea Egypt



[www.libea-healing.com](http://www.libea-healing.com)



[libea-healing@hotmail.com](mailto:libea-healing@hotmail.com)

**Welche Beschwerden oder Themen haben Sie?**

---

---

---

**Was wünschen Sie sich bezüglich der Behandlung?**

---

---

---

Datum und Ort: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_