

# Europe Ablaze

## Anmeldeformular – Prophetische Geschäfts & Heilungsschule

12.01.2018-31.05.2018

Du willst dich anmelden? Es gibt keine Teilnahmevoraussetzungen. Dennoch werden uns folgende Kriterien eine Entscheidungshilfe sein.

- **Du bist** ein entschiedener Christ, der einen persönlichen und beständigen Weg mit Jesus Christus geht.
- **Du bist** momentan aktiv in einem Dienst deiner Heimatgemeinde/Kirche.
- **Du bist** mindestens 18 Jahre alt.
- **Du bist** bereit zu einem Gespräch als Teil der Anmeldung.
- **Du bist** bereit 5 Monate Gott hinzugeben, um die Berufung deines Lebens zu finden

### Persönliche Details

Vorname		Geburtsdatum	
Nachname		Telefonnummer Mobil oder Festnetz	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> Frau	Momentaner Beruf	
Adresse (Straße, Postleitzahl, Stadt)			

### Familie

#### Familienstand

- In einer Beziehung
- Single

## Gesundheit

Hast du physische, emotionale oder geistige Einschränkungen oder Krankheiten (z.B. Angstzustände/Phobien, Diabetes, Allergien etc.)

- Ja
- Nein

Wenn Ja, welche:

---

---

## Geistlicher Weg

Wann hast du Jesus als deinen persönlichen Erretter angenommen?

---

Hast du eine Heimat Gemeinde?

- Ja
- Nein

Bist du Mitglied?

- Ja
- Nein

Name deiner Heimat-gemeinde /Kirche	
Stadt	
Telefonnummer der Gemeinde	
Name des Pastors der dich am besten kennt	

Seit wann besuchst du diese Gemeinde?

---

Bitte nenne deinen konfessionellen Hintergrund und Details über deinen Weg mit Jesus:

---

---

**Hast du innerhalb des letzten Jahres eine andere Gemeinde/Kirche verlassen?**

- Ja
- Nein

**War es eine gute Trennung oder gibt es ungelöste Angelegenheiten?**

---

---

## **Europe Ablaze Prophetische Heilungsschule**

**Bitte erkläre kurz warum du Teil der Prophetischen Heilungsschule sein willst:**

---

---

---

## **Finanzen**

**Bitte beachte:** Du musst eine Teilnahmegebühr von € \_\_\_\_\_ zahlen.

**Datenschutzerklärung:**

**Ich bin mit der elektronischen Speicherung meiner persönlichen Daten zum Zweck dieser prophetischen Heilungsschule einverstanden.**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift