

KURSANMELDUNG

PhysioActive GbR

Name: _____	Krankenkasse: _____
Vorname: _____	Geburtsdatum: _____
Telefon: _____	E-Mail: _____

Hiermit melde ich mich verbindlich für folgenden Kurs an:

Kurs-Nr.: _____	
Kurs-Titel: _____	
Zeitraum: _____	
Wochentag: _____	Uhrzeit: _____
Gebühr: _____	

PhysioActive GbR, Victoriast. 59, 45772 Marl	
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 46 ZZZ 00000 233784	
Mandatsreferenz siehe Kursnummer/ -gebühr	
SEPA-Lastschriftmandat	
Ich ermächtige die PhysioActive GbR, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der PhysioActive GbR auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.	
Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.	
Kontoinhaber: _____	
Straße, Nr: _____	
PLZ, Ort: _____	
Kreditinstitut (Name u. BIC): _____	BIC _ _ _ _ _ _ _ _ _
IBAN: DE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Ort, Datum: _____	Unterschrift: _____

Merkzettel für den Kunden

Kurs: _____	Datum: _____
Betrag: _____	Zeit: _____

Achtung: Ihre Anmeldung wird von uns nicht noch einmal schriftlich bestätigt.
Der Kurs findet statt, wenn sie von uns keine Absage erhalten.