

ANMELDUNG KURSE



Ja, ich melde mich verbindlich ab dem _____ an.

_____ Name	_____ Vorname
_____ Straße / Nr	_____ PLZ / Ort
_____ Telefon	_____ Handy
_____ E-Mail	_____ Krankenkasse
_____ Geburtsdatum	_____ Unterschrift
_____ Datum	

Kurse:

- | | |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rehasport (_____) | <input type="checkbox"/> Beckenboden-Training |
| <input type="checkbox"/> Rückenschule | <input type="checkbox"/> VarioSling-Training |
| <input type="checkbox"/> Body-Fit | <input type="checkbox"/> Power-Fit |
| <input type="checkbox"/> Cardio-Fit | <input type="checkbox"/> Zirkel-Fit |
| <input type="checkbox"/> Nordic Walking | <input type="checkbox"/> Yoga A(), F() |
| <input type="checkbox"/> Sturzprävention | |

Preis: **115,00 €** inkl. der gesetzl. MwSt.

Bezahlungsart:

- Bar Überweisung SEPA-Lastschrift-Mandat

Hinweis zum Datenschutz:

Die EU-Datenschutzgrundverordnung nehmen wir sehr ernst. Daher werden Ihre Daten selbstverständlich vertraulich behandelt und lediglich für die Teilnahme und die daraus folgende Abrechnung benötigt und keinesfalls an Dritte weitergegeben.

Sepa-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE25GEA00001928364

Ich ermächtige das GEA Gesundheitszentrum Erik Blechner & Marietta Neu GbR die von mir zu entrichtenden Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom GEA Gesundheitszentrum 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.

- Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Name der Bank

IBAN: DE __ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _

BIC/SWIFT: _ | _ | _ | _ | _ | _

Ort, Datum

Unterschrift