

Praxis für
Physiotherapie & Med. Training Eva Bußmann
Feldstiege 102
48161 Münster-Nienberge



Anmeldung für Med. Training - Gruppentraining/Kurs(e)

Hiermit melde ich mich verbindlich für folgende/n Kurs/e an:

<input type="text"/>	_____
Kurs-Nr.	Kurstitel
<input type="text"/>	_____
Kurs-Nr.	Kurstitel
<input type="text"/>	_____
Kurs-Nr.	Kurstitel

NACHNAME:

VORNAME:

STRASSE:

PLZ, ORT:

Geb.datum: männlich weiblich

Tel-priv.: _____ Tel-dienstl.: _____

Tel-mobil: _____ E-Mail: _____

Ich habe in der Praxis z.Z. (ggf. Ermäßigung):

- kein Abo Abo Med. Gerätetraining Abo Gruppentraining/Kurse Abo Gerätetraining + Kurse
- Ich bin Vollzeit-Schüler/-Student, Azubi, BFD, FSJ (ggf. Ermäßigung nur mit Bescheinigung)
- Ich benötige eine Teilnahmebescheinigung für die Krankenkasse.
- Die *Praxisvereinbarungen* habe ich gelesen.

Es liegen keine medizinischen Bedenken oder sonstige Erkrankungen und Einschränkungen gegen ein moderates Training vor. Mit der Anmeldung verpflichte ich mich zur Zahlung der Kursgebühr.

Ort, Datum

Unterschrift/Unterschrift gesetzlicher Vertreter

SEPA-Basislastschriftmandat

Für den Fall meiner Aufnahme in den Kurs/die Kurse ermächtige ich die *Praxis für Physiotherapie & Med. Training Eva Bußmann* (Gläubiger-ID-Nr. DE43EVA00001531504) widerruflich, die fällige/n Kursgebühr/en durch Lastschrift von dem unten genannten Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Praxis 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 dem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Bank:

IBAN:

BIC:

Ort, Datum

Unterschrift des/der Kontoinhaber/s