Bitte Formular ausdrucken, ausfüllen, unterschreiben und an der Rezeption abgeben oder per Fax an (02533) 298797oder per Post an:

MR-Nr.

Praxis für
Physiotherapie & Med. Training Eva Bußmann
Feldstiege 100
48161 Münster-Nienberge

Anmeldung Med. Training - Abovertrag

NACHNAME:

VORNAME:

STRAßE:

PLZ, ORT:

Geb.datum: ☐männlich ☐weiblich

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

Tel-mobil: _____ E-Mail: _____

Hiermit buche ich verbindlich folgendes Abo für medizinisches Training:

☐Starterpaket Gerätetraining/2 Monate ☐Gerätetraining/6 Monate ☐Gerätetraining/12 Monate

☐Gruppentraining/Kurse/6 Monate ☐Gruppentraining/Kurse/12 Monate

☐SP Gerätetraining+Kurse/2 Monate ☐Gerätetraining+Kurse/6 Monate ☐Gerätetraining+Kurse/12 Monate

☐Ich bin Vollzeit-Schüler/-Student, Azubi, BFD, FSJ (ggf. Ermäßigung nur mit Bescheinigung).

☐Ich nehme ab _____ am Rehasport der Praxis E.Bußmann teil (ggf. Ermäßigung).

☐Folgende Familienmitglieder haben bereits ein Trainings-Abo (ggf. Ermäßigung):

_____

Es liegen keine medizinischen Bedenken oder sonstige Erkrankungen und Einschränkungen gegen ein moderates Training vor. Mit der Anmeldung verpflichte ich mich zur Zahlung der monatlichen Gebühr nach der aktuell gültigen Preisliste. ☐ Die *Praxisvereinbarungen* habe ich gelesen.

Ort, Datum — Unterschrift/Unterschrift gesetzlicher Vertreter

SEPA-Basislastschriftmandat

Für den Fall meiner Aufnahme ermächtige ich die *Praxis für Physiotherapie & Med. Training Eva Bußmann* (Gläubiger-ID-Nr. DE43EVA00001531504) widerruflich, die fällige/n Gebühr/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