

Praxis für  
 Physiotherapie & Med. Training Eva Bußmann  
 Feldstiege 100  
 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.	<input type="text"/>	Kurstitel
<input type="text"/>	Kurs-Nr.	<input type="text"/>	Kurstitel
<input type="text"/>	Kurs-Nr.	<input type="text"/>	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 \_\_\_\_\_