

Nachname: _____
Vorname: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____
Geb.Datum: _____
K.-kasse: _____
Email: _____

Barzahlung sofort bei Anmeldung! (Quittungsnachweis hinzufügen!)

Abbuchung (* Pflichtfelder)

Bank*: _____

BLZ*: _____

Kt.Nr.*: _____

Kursrichtung*: _____

Kursnummer: _____

Kursbeginn*: _____

Kurskosten*: _____

Es wird bestätigt, dass die Maßnahme kein Leistungsbestandteil einer bestehenden Mitgliedschaft ist und die Teilnahmegebühr weder mit bisherigen noch mit aktuellen Mitgliedsbeiträgen verrechnet wird. Der Krankenkasse ist auf Wunsch ein Zahlungsnachweis vorzulegen.

Bitte beachten Sie - die Anmeldung ist verbindlich!

Anmeldeschluss: 4 Tage vor Kursbeginn. Mindestteilnehmerzahl: 7 Personen.

Bei Rücktritt bis 2 Tage vor Kursbeginn bzw. nach Kursbeginn fallen die kompletten Kurskosten an. Auch kein Anspruch auf Kostenrückerstattung bei Krankheit, Urlaub u. ä. U.

Unterschrift, Datum Teilnehmer * _____

Die Richtigkeit der Angaben und die Erlaubnis zum Lastschrifteinzug werden hiermit bestätigt!

move Gesundheitszentrum
Carl-Benz Str. 27
78224 Singen
Tel.: 07731- 61021
Fax: 07731-12125

move Gesundheitszentrum
Hauptstr. 35
78244 Gottmadingen
Tel: 07731 – 926 946

info@move-singen.de
www.move-singen.de

info@move-gottmadingen.de
www.move-gottmadingen.de

Unterschrift, Datum move * _____