Anmeldung Prävention



* = Pflichtfelder			Bitte in Druckbuchstaben schreiben.	
Kursname:	*		Name:	*
Kurskosten:	*		Vorname	*
Kursdatum:	*		Geb.Datum:	*
Uhrzeit:	*		Straße:	*
Krankenkasse:	*		Postleitzahl/Ort	*
E-Mail :	*		Telefon-Nr.:	*
☐ Ich bin damit einverstar	den, bis auf Widerruf per M	ail über neue Angebo	te des Reha-Zentrum Am E	Buschey informiert zu werden.
	beachtung der Frist oder erf	orderlicher Erstellung	einer Rechnung, wird eine	ı vor Kursbeginn in schriftlicher Form kostenlos Bearbeitungsgebühr von 21,- € erhoben.
Zugleich weise ich mein Kre einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb die mit meinem Kreditinstitu Das SEPA- Lastschriftmar Diese werden jeweils nach	nmer:DE49REH0000056867 sempfänger Märkische Reh ditinstitut an, die vom Zahlu von acht Wochen, beginner t vereinbarten Bedingungen ndat gilt bis auf Widerruf fin Kursbeginn abgebucht.	71 la-Kliniken GmbH wid Ingsempfänger Märkis Ind mit dem Belastung ür alle fälligen Kursç	erruflich, Zahlungen von m sche Reha-Kliniken GmbH sdatum, die Erstattung des gebühren (wiederkehrend	einem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. auf mein Konto gezogenen Lastschriften belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei
Name Kontoinhaber:			Erstvertrag F	olgevertrag
IBAN Zahlungspflichtige	r:			
BIC Zahlungspflichtiger				
				lass die Bank bei Rückgabe einer SEPA
Lastschrift Kosten in Höh	ne von bis zu 12,00 € gell	tend macht, die zu	Ihren Lasten gehen.	
X				
Datum Unterschrift ist gültig für die	_	nterschrift ei Teilnehmern unter 1	8 J. Unterschrift des geset	zlichen Vertreters.
Barzahlung/ EC- Z Ich bestätige, die Koster Datum	ahlung vor Kursbe n vor Kursbeginn zu entri			
X	X			
Datum Unterschrift ist gültig für die		erschrift		kische Reha-Kliniken GmbH erschrift des gesetzlichen Vertreters