

Anmeldung Prävention

*= Pflichtfelder

Bitte in Druckbuchstaben schreiben.

| | | | | | | | |
|-------------|----------------------|----------|----------------------|-------------|----------------------|----------|----------------------|
| Kurs-Nr. 1: | <input type="text"/> | Betrag:* | <input type="text"/> | Kurs-Nr. 4: | <input type="text"/> | Betrag:* | <input type="text"/> |
| Kurs-Nr. 2: | <input type="text"/> | Betrag:* | <input type="text"/> | Kurs-Nr. 5: | <input type="text"/> | Betrag:* | <input type="text"/> |
| Kurs-Nr. 3: | <input type="text"/> | Betrag:* | <input type="text"/> | Kurs-Nr. 6: | <input type="text"/> | Betrag:* | <input type="text"/> |

Name: * _____ Straße: * _____
Vorname: * _____ Postleitzahl, Ort.: * _____
Geb. Datum: * _____ E- Mail: * _____
Handy- Nr.: * _____ Krankenkasse: _____
Telefon- Nr.: * _____

Ich bin damit einverstanden, bis auf Widerruf per E- Mail über neue Angebote der Reha-Klinik Lüdenscheid informiert zu werden.

Die Zahlung der Kursgebühr erfolgt durch (bitte entsprechend ankreuzen und unterschreiben):

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers: Märkische Reha-Kliniken GmbH, Paulmannshöher Str. 14, 58515 Lüdenscheid.
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE49REH00000568671

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Märkische Reha-Kliniken GmbH widerruflich, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Märkische Reha-Kliniken GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Das SEPA- Lastschriftmandat gilt bis auf Widerruf für alle fälligen Kursgebühren (wiederkehrendes SEPA-Mandat).

Diese werden jeweils nach Kursbeginn abgebucht.

Die Mandatsreferenz wird von der Märkische Reha-Kliniken GmbH vergeben und ist bei Abbuchung aus Ihrem Kontoauszug ersichtlich.

Name Kontoinhaber: _____ Straße: _____
Postleitzahl, Ort.: _____

IBAN Zahlungspflichtiger:

BIC Zahlungspflichtiger:

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Anmeldebedingungen an. Diese sind dem aktuellen Präventionsflyer zu entnehmen. Änderungen der Bankverbindung sind bekannt zu geben. Wir machen darauf aufmerksam, dass die Bank bei Rückgabe einer SEPA-Lastschrift Kosten in Höhe von 10,50 € geltend macht, die zu Ihren Lasten gehen.

X _____ **X** _____
Datum Unterschrift Märkische Reha-Kliniken GmbH

Unterschrift ist gültig für die Anmeldung und das Lastschriftmandat - bei Teilnehmern unter 18 J. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters.

Barzahlung/ EC- Zahlung vor Kursbeginn

Bei Barzahlung/ EC-Zahlung wird eine Bearbeitungsgebühr von 2,00 € fällig. Ich bestätige, die Kosten vor Kursbeginn zu entrichten.

X _____ **X** _____
Datum Unterschrift Märkische Reha-Kliniken GmbH

Unterschrift ist gültig für die Anmeldung und die Barzahlung - bei Teilnehmern unter 18 J. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters.