

Majas Bewegungszentrum

Inh. Maja Hoffmann

Schallbruch 41a | 42781 Haan | 0178 - 5142385

info@majasbewegungszentrum.de

www.majasbewegungszentrum.de

Anmeldung

Vor- und Nachname des Teilnehmers

Vor- und Nachname der Erziehungsberechtigten (nur bei Minderjährigen)

Straße / Hausnr.

PLZ / Stadt

Geburtsdatum des Teilnehmers

Telefon

Mobil

Email (Wir benötigen eure Emailadresse, um euch z.B. Ferientermine zukommen zu lassen)

Kurs-Bezeichnung: _____

Beginn der Mitgliedschaft: _____

Tag: _____ Uhrzeit: _____ Uhr

Ich buche: (bitte ankreuzen)

- ◇ Den hier angegebenen Kurs: 29,00 Euro / Monat (ausgenommen Psychomotorik)
- ◇ Eine Kursflatrate oder Teilnahme an einer Psychomotorik-Gruppe: 45,00 Euro / Monat
- ◇ Eine Familien-Flatrate: 69,00 Euro / Monat
- ◇ Eine Familien-Flatrate exklusiv: 99,00 Euro / Monat

Hiermit melde ich mich verbindlich für den o.g. Kurs an und akzeptiere die AGB, sowie die Datenschutzbestimmung, die auf der Homepage zu finden sind. Mit der elektronischen Speicherung der angegebenen Daten erkläre ich mich einverstanden. Die Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Datum / Unterschrift

Konto-Inhaberin: Maja Hoffmann
Kreditinstitut: Stadt Sparkasse

IBAN: DE26 3035 1220 0091 1040 75

Majas Bewegungszentrum

Inh. Maja Hoffmann

Schallbruch 41a | 42781 Haan | 0178 - 5142385

info@majasbewegungszentrum.de

www.majasbewegungszentrum.de

Wichtige Informationen

Der Teilnehmer leidet an folgenden Krankheiten / Beeinträchtigungen (z.B. Allergien, Asthma, Herzprobleme), welche im Kurs zu beachten sind:

Genehmigung für Bild- und Tonaufnahmen:

Hiermit genehmige ich den Team von Majas Bewegungszentrum, dass wir von dem angegebenen Teilnehmer Bild- und Tonaufnahmen erstellen dürfen, die

- zur Veröffentlichung in Printmedien (z.B. Flyer, Zeitungen) ja nein
- zur Veröffentlichung auf unserer Homepage / Emails ja nein
- zur Veröffentlichung aus unserer Facebook-Seite ja nein
- als Lehrmaterial in Fortbildungen ja nein

Datum / Unterschrift

Wie seid ihr auf uns aufmerksam geworden?

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Eurofit24 GmbH
Raboisen 6
20095 Hamburg

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]
DE28ZZZ00000361663

[Mandatsreferenz]

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]
Eurofit 24 GmbH / Majas Bewegungszentrum

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]
Eurofit 24 GmbH / Majas Bewegungszentrum

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC¹

IBAN
DE

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

Ort, Datum

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)