Bitte Formular ausfüllen, unterschreiben und an der Rezeption abgeben oder per E-Mail an: info@physionoda.de

MR-Nr.

Physiotherapie & Med. Training
Mikio Noda
Feldstiege 102
48161 Münster

MIKIO NODA
Physiotherapie + med. Training

Anmeldung Med. Training - Abovertrag

NACHNAME:

VORNAME:

STRASSE:

PLZ, ORT:

Geb.datum: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Tel.: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Hiermit buche ich verbindlich folgendes Abo für medizinisches Training:

☐ Starterpaket Gerätetraining/2 Monate ☐ Gerätetraining/6 Monate ☐ Gerätetraining/12 Monate

☐ Kurse/6 Monate ☐ Kurse/12 Monate

☐ SP Gerätetraining+Kurse/2 Monate ☐ Gerätetraining+Kurse/6 Monate ☐ Gerätetraining+Kurse/12 Monate

☐ Ich bin ermäßigungsberechtigt (ggf. Ermäßigung nur mit Bescheinigung).

☐ Ich nehme ab _____ am Rehasport der Praxis Mikio Noda teil (ggf. Ermäßigung).

☐ Folgende Familienmitglieder haben bereits ein Trainings-Abo (ggf. Ermäßigung):

_____

Es bestehen keine medizinischen Einwände gegen ein moderates Training. Mit der Anmeldung verpflichte ich mich zur Zahlung der monatlichen Gebühr gemäß aktueller Preisliste.

☐ Die *Praxisvereinbarung* habe ich gelesen.

Ort, Datum

Unterschrift/Unterschrift gesetzlicher Vertreter

SEPA-Basislastschriftmandat

Für den Fall meiner Aufnahme ermächtige ich die *Praxis für Physiotherapie & Med. Training Mikio Noda* (Gläubiger-ID-Nr. DE70ZZZ00002789399) widerruflich, die fällige/n Gebühr/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