

Zusatzleistung-Funktionstraining Med.Trainingstherapie

booMED GbR
Im Loh 38
49124 Georgsmarienhütte
Fon: 05401 - 881780
Fax: 05401 - 881781
E-Mail: info@boomed.de
Internet: www.boomed.de

Gläubiger - Identifikationsnummer :
DE36ZZZ00000543588

Nachname: _____

Vorname: _____

PLZ/

Fon _____ Mobil _____

Unterschrift: _____

Monatsbeitrag: 34,00€



SEPA -Lastschrift-Mandat: Ich ermächtige die booMED GbR wiederkehrende Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der booMED GbR auf mein Konto bezogene Lastschrift einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber : (BITTE in DRUCKBUCHSTABEN)

Nach-/Vorname und Geb.-Datum: _____/_____/____

Kreditinstitut (Name und BIC) : _____ / _____ / ____

Ort : _____ Postleitzahl :

IBAN: DE ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ /

Datum und Unterschrift: ____ / ____ / ____