

medizinische Trainingstherapie/ Fitness

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

Hiermit melde ich mich **verbindlich** zur **medizinischen Trainingstherapie / Fitness** an.

Der **monatliche** Beitrag von **39,00 €** wird bis auf weiteres, **monatlich** per **SEPA-Basis-Lastschriftverfahren** vom unten genanntem Konto abgebucht.

Der **Monatsbeitrag** kann nach Ablauf der **ersten zwölf Wochen**, beginnend mit dem **Trainings-Start-Datum** erstmals schriftlich gekündigt werden.

Danach ist eine **schriftliche Kündigung** jederzeit zum 15. des laufenden Monats möglich.

Nachname: _____

Vorname: _____

Straße: _____ **Nr.:** _____

PLZ/

Fon _____ **Mobil** _____

Unterschrift: _____

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: ____ / ____ / ____ /
