

## 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:** \_\_\_\_\_