

# Aqua - Fitness- Kurs

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** zum oben genannten Kurs an.

Die Kosten betragen **125,00 €** für einen **Kurs** über 10 Einheiten a ca.40-45 Min.

**Startdatum:** \_\_\_\_\_

**Uhrzeit:** \_\_\_\_\_ **Uhr**

**Nachname:** \_\_\_\_\_

**Vorname:** \_\_\_\_\_

**Straße:** \_\_\_\_\_ **Nr.:** \_\_\_\_\_

**PLZ/**

**Fon** \_\_\_\_\_ **Mobil** \_\_\_\_\_

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**Achtung:** Mitzubringen sind die üblichen Badeutensilien und Getränke bitte nur in Plastikflaschen. **Hinweis:** Bei zu geringer Teilnehmerzahl behalten wir uns vor, den Kurs abzusagen. Bei Nichtteilnahme kann der Kurs bzw. einzelne Einheiten weder verrechnet noch erstattet werden! Die Kursgebühr ist bei Anmeldung sofort fällig bzw. nach der achten Einheit des laufenden Kurs, für den folgenden Kurs fällig.

**SEPA -Lastschrift-Mandat:** Ich ermächtige die booMED GbR einmalig eine Zahlung 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:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_