

Mitgliedschaft 25,00 € / Monat

Die Mitgliedschaft endet automatisch, mit Ablauf der Ihnen verschrieben Verordnung.

Eintrittsdatum ____ . ____ . **20**____ (Jeweils zum 1. oder 15. des Monats)

Reha -Sport

**Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft VitalCentrum zu den
Allgemeinen Geschäftsbedingungen (siehe Aushang).**

Name * _____

Vorname* _____

Straße / Nr.* _____

PLZ / Ort* _____

Telefon-Nr.* _____ / _____ Handy _____ / _____

Geburtsdatum ____ . ____ . ____

Mail _____

Geschlecht männlich weiblich

* Pflichtangaben; alle Angaben ohne Kennzeichnung sind freiwillig **(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)**

X **Unterschrift des Antragsstellers***

Unterschrift VitalCentrum
RehaCentrum Hamburg GmbH

Bad Bramstedt, den _____ **i.A.**

(Ort/ Datum/ Unterschrift)

(Ort/ Datum/ Unterschrift/Stempel)

SEPA-Lastschriftmandat (auszufüllen vom Kontoinhaber)

Ich ermächtige die RehaCentrum Hamburg GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der RehaCentrum Hamburg GmbH 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 meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name des **Kontoinhabers**

Name des Kreditinstitutes

IBAN: DE ____|____|____|____|____|____

BIC: _____

Ort, Datum, Unterschrift des **Kontoinhabers**

- Kontoinhaber entspricht dem Vertragsinhaber
 Kontoinhaber entspricht **nicht** dem Vertragsinhaber (**Dann bitte folgende Angaben vervollständigen**)

Anschrift des Kontoinhabers:

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

DIESES SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT GILT FÜR DEN VERTRAG MIT _____
(Vorname und Name des Vertragsinhabers)

Ort, Datum, Unterschrift des **Vertragsinhabers** (Bei Minderjährigen Erziehungsberechtigten)

Die gesetzlich vorgeschriebene Pre-Notification/Vorabankündigung erhalten Sie spätestens 3 Tage vor der erstmaligen Abbuchung.

