

Kursanmeldung

Bitte abgeben beim Ernährungsteam der saniPEP Apotheke,
Fax: 089 / 67 80 48 42 oder Mail: anmeldung@sanipep.de
BITTE VOLLSTÄNDIG UND IN DRUCKBUCHSTABEN AUSFÜLLEN!

Name*: _____ Vorname*: _____

Straße, Hausnummer*: _____

PLZ, Ort*: _____

Tel*: _____ E-Mail: _____

Ich melde mich / uns verbindlich für folgenden Kurs an:

Thema*: _____

Datum (erster Kurstag)*: _____

Die Anmeldung gilt für insgesamt ___ Person(en)

SEPA-LASTSCHRIFT-MANDAT

<small>[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]</small> DE72APO0000077825	<small>[Mandatsreferenz]</small> Wird separat mitgeteilt
---	--

Ich/Wir ermächtige(n) die saniPEP Sanitätshaus GmbH & Co. KG insgesamt € _____ von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von der die saniPEP Sanitätshaus GmbH & Co. KG auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber*: _____

Bank*: _____ BIC: _____

IBAN*: DE _____

Der Einzug erfolgt frühestens mit Kursbeginn nach Bekanntgabe der Mandats-Referenznummer. Barzahlung ist NICHT möglich. Der Kursplatz ist übertragbar. Die Anmeldung ist verbindlich. Eine Absage muss spätestens eine Woche vor Kursbeginn und schriftlich erfolgen, sonst wird die Kursgebühr trotzdem erhoben. Eine Erstattung der Kursgebühr nach Beginn des Kurses ist bei Nichtteilnahme (auch bei Erkrankung) nicht möglich!

Es gelten die allgemeinen Geschäftsbedingungen für die Teilnahme an Gesundheitskursen der die saniPEP Sanitätshaus GmbH & Co. KG sowie die dort beschriebenen Datenschutzhinweise.

Mit Unterschrift erkläre ich mit der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten gemäß der beigefügten Einwilligungserklärung zum Datenschutz einverstanden zu sein.

Ich bin zudem damit einverstanden, Informationen über weitere Angebote im saniPEP Gesundheitszentrum per Post und/oder E-Mail zu erhalten: (bitte zutreffendes ankreuzen)*

ja nein

Datum: _____ Unterschrift: _____

*Pflichtangaben