

SEPA-Basis-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

RehaCenter Lünen-Brambauer GmbH
Brechtener Str. 57
44536 Dortmund

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]
DE56ZZZ00000169875

[Mandatsreferenz]

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]
RehaCenter Lünen-Brambauer GmbH

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]
RehaCenter Lünen-Brambauer GmbH

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 /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)]

[Kreditinstitut]

[BIC¹]

[IBAN]

DE _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _ _ _ / _ _

¹ Hinweis: Ab 01.02.2014 kann die Angabe des BIC entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt.

[Ort, Datum]

Unterschrift (Zahlungspflichtiger)

Nutzungsvereinbarung mediFIT 3.0 (Medizinische Fitness / Gerätetraining)

Trainierender 1

Trainierender 2 (nur bei Kombivertrag)

Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Straße, Nr.		
PLZ, Ort		
Telefonnummer		
eMail-Adresse		
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?		

Monatliche Gebühren				
	Einzelvertrag		Kombivertrag	
mediFIT ¹	EUR 24,95		EUR 39,95	
mediFIT ²	EUR 39,95		EUR 59,95	
mediFIT ^{All inclusive}	EUR 49,95		EUR 79,95	
Summe				

Einmalige Gebühren				
	Einzelvertrag			
physioCHECK	EUR 29,95		Bar vor Ort	

Vertragsbedingungen

1. Vertragsbeginn:
2. Es gibt keine Mindestlaufzeit bei dem mediFIT Programm.
3. Eine Kündigung muss mit einer Frist von vier Wochen zum Monatsende schriftlich, formlos und ohne Angaben von Gründen erfolgen. Für Änderungen bitte Formblatt „Vertragsänderung“ nutzen.
4. Bitte beachten Sie, dass die erste Gebührenabbuchung auf Ihrem Konto einen zeitanteilig reduzierten Betrag darstellt, wenn der Vertragsbeginn nicht auf den Monatsersten fällt.
5. Ihre Daten werden im Rahmen der Mitgliederverwaltung streng vertraulich verwendet und nicht an Dritte weitergegeben.

Ich erkläre hiermit, über die Leistungen, Kosten und sonstigen Bedingungen des jeweiligen Trainingsangebots aufgeklärt worden zu sein und diesen zuzustimmen.

Datum

Unterschrift des Patienten

Interne Bearbeitungsvermerke

Bearbeitender Mitarbeiter

Geprüft und vollständig (Unterschrift)

Mitgliedsnummer (Buchhaltung)

ggf. Kommentar