

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

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

rehaMED im Unioncarré GmbH
Lange Str. 39
44137 Dortmund

**Wiederkehrende Zahlungen/
Recurrent Payments**

[Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)]

DE 10ZZZ00001449939

[Mandatsreferenz]

SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]

rehaMED im Unioncarré GmbH

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

[Name des Zahlungsempfängers]

rehaMED im Unioncarré 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		
E-Mail-Adresse		
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?		

Monatliche Gebühren				
	Einzelvertrag		Kombivertrag	
mediFIT¹	EUR		EUR	
	24,95		39,95	
mediFIT²	EUR		EUR	
	39,95		59,95	
mediFIT^{All inclusive}	EUR		EUR	
	49,95		79,95	

Einmalige Gebühren				
	Einzelvertrag			
physioCHECK	EUR		Bar vor Ort	
	29,95			

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