ANMELDUNG
BECKENBODEN BEHANDLUNG

Praxis für Naturheilkunde und Osteopathie/
Physiotherapie Praxis Eva Mayr Harok MSC
Reschstr. 2, 82418 Murnau am Staffelsee
Telefon: +49(0)388414869680
E-Mail: evamayrharok@gmail.com

Frühlingsangebot:

Vorname ..... Nachname ..... Geburtsdatum .....

Adresse ..... PLZ ..... Ort .....

Telefon / Handy ..... E-Mail .....

- ◯ 10 Einheiten, Einmalzahlung **200 €**
- ◯ 20 Einheiten, Einmalzahlung **360 €**
- ◯ 30 Einheiten, Einmalzahlung **450 €**
- ◯ **40 Einheiten, Einmalzahlung 480 €**
- ◯ 10 Einheiten, 6 monatliche Raten à **40 €**
- ◯ **20** Einheiten, 6 monatliche Raten à **65 €**
- ◯ 30 Einheiten, 6 monatliche Raten à **80 €**

Bemerkung: .....

◯ Ich stimme zu, dass Sporteve Informationen über meine Nutzung des Clubs und meine Gesundheit speichert und nutzt, um mich persönlich im Club betreuen zu können und mich persönlich kontaktieren darf. Sollte ich eine Löschung dieser Daten nach Beendigung meiner Behandlung wünschen, teile ich dies mit.

◯ Ich habe den “Aufklärungsbogen Magnetfeldbehandlung” zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum ..... Mitarbeiter Sporteve ..... Kunde / Erziehungsberechtigte*r .....

SEPA Basislastschriftmandat

◯ Ich ermächtige Sporteve Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor- und Nachname des Kontoinhabers ..... IBAN .....

Name des Kontoinstitus ..... BIC .....

Ort, Datum ..... Unterschrift Kontoinhaber .....