

Verbindliche Anmeldung und Vertrag für Fort- und Weiterbildung

Bitte schicken Sie das Formular vollständig ausgefüllt und unterschrieben per
Fax an: (0221) 27 72 85-19 oder per **E-Mail an: info@pcl-koeln.de** oder per
Post an: PhysioCum Laude · Subbelrather Straße 13 · 50672 Köln

Durchführungsort: Köln

Fobi-Titel, Termin

Gebühr	Euro
--------	------

Bildungsgutschein liegt vor:

ja

nein

Prämiengutschein liegt vor:

ja

nein

Ehemaliger Schüler von PhysioCum Laude:

ja

nein

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Straße, PLZ, Ort

Telefon Festnetz

Telefon mobil

Fax

E-Mail

Datum, Unterschrift

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Anmelde- und Vertragsbedingungen, die zum Download bereitstehen, und die Erklärung zum Datenschutz (siehe Punkt 8 der Anmelde- und Vertragsbedingungen) der PhysioCum Laude, H. Döpfer, an.

Ort, Datum

Unterschrift

Bei Vorliegen eines Bildungsgutscheins ist das
SEPA-Lastschriftmandat **nicht** auszufüllen!

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Zahlungsempfänger:

PhysioCum Laude · Subbelrather Straße 13 · 50672 Köln

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE17ZZZ00000352161

Mandatsreferenz: _____ (wird von der Schule eingetragen)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige / Wir ermächtigen PhysioCum Laude, H. Döpfer, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die von PhysioCum Laude, H. Döpfer, auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Für Lastschriftankündigungen beträgt die Pre-Notification-Frist 5 Tage

Die für SEPA-Lastschriften vorgesehene 14-tägige Pre-Notification-Frist wird hierdurch verbindlich gekürzt. Wenn Sie gegen diese Verkürzung schriftlich Widerspruch einlegen, ist keine Teilnahme am SEPA-Lastschriftverfahren möglich.

Die Kursgebühr wird mittels SEPA-Lastschriftmandat zwei Tage vor Kursbeginn von ihrem Konto eingezogen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung Einmalige Zahlung

Überweisung

Name des Teilnehmers

PhysioCum Laude, H. Döpfer

Zahlungspflichtiger (falls abweichend)

VR-Bank Burglengenfeld eG

Straße und Hausnummer

IBAN:
DE98 7509 1400 0000 2760 06

PLZ

Ort

BIC:
GENODEF1BLF

Verwendungszweck:
Name, Fobi-Titel, Termin

Kreditinstitut

Bitte überweisen Sie die oben
genannte Gebühr spätestens
2 Wochen vor Kursbeginn.

Konto

BLZ

IBAN des Zahlungspflichtigen

DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

BIC (8 oder 11 Stellen)

____ | ____

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers