

KURSVERTRAG

Kursteilnehmer

Name: _____

Telefon/

Vorname: _____

Handy: _____

Geburtsdatum: _____

Email: _____

Krankenkasse: _____

(Durch Angabe meiner E-Mail-Adresse erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Praxis Neumayer mir regelmäßig aktuelle Informationen zu folgenden Punkten per E-Mail zuschickt: Kursplan, Neuerungen und Angebote der Praxis)

Straße: _____

PLZ/

Mandatsreferenz-Nr. (vom Therapeuten

Wohnort: _____

auszufüllen): _____

VERTRAGSVARIANTEN

Lastschrift Rechnung Bar

Bitte kennzeichnen Sie Ihre gewünschte Vertragsvariante in nachstehenden Kästchen.

- | | | |
|--|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> Pilates | <input type="checkbox"/> 8 Termine für 75 € (Normale Kursgebühr) | Kursstart: _____ |
| <input type="checkbox"/> Vinyasa Yoga | <input type="checkbox"/> 10 Termine für 150 € (Normale Kursgebühr) | Kursstart: _____ |
| <input type="checkbox"/> X-Train | <input type="checkbox"/> 10 Termine für 90 € (Normale Kursgebühr) | Kursstart: _____ |
| <input type="checkbox"/> Beckenboden für Schwangere | <input type="checkbox"/> 10 Termine für 100 € (Normale Kursgebühr) | Kursstart: _____ |
| <input type="checkbox"/> Beckenboden für Mamas | <input type="checkbox"/> 10 Termine für 100 € (Normale Kursgebühr) | Kursstart: _____ |
| <input type="checkbox"/> Beckenboden für Frauen | <input type="checkbox"/> 10 Termine für 110 € (Normale Kursgebühr) | Kursstart: _____ |
| <input type="checkbox"/> Faszienworkshop | <input type="checkbox"/> 5 Termine für 50 € | Kursstart: _____ |
| <input type="checkbox"/> 1x1 der Ernährung | <input type="checkbox"/> 5 Termine für 50 € | Kursstart: _____ |

Hiermit schließe ich verbindlich oben gekennzeichneten Kursvertrag. Allgemeine Bedingungen gem. Anlage erkenne ich an.

Edenkoben, _____

Unterschrift, _____

SEPA-Lastschriftmandat
SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

André Neumayer

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Weinstr. 61

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

67480 Edenkoben

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE11ZZZ00001351272

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Nummer

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **André Neumayer**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **André Neumayer** 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor **André Neumayer** to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **André Neumayer**.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Name

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address*

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Straße

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Postleitzahl

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):

IBAN

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn die IBAN des Zahlungspflichtigen mit DE beginnt.
Note: If the debtor's IBAN starts with DE, the BIC is optional.

Ort / Location:

Ort

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Datum

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:



PRAXIS NEUMAYER
PHYSIOTHERAPIE | OSTEOPATHIE | NATURHEILKUNDE

Allgemeine Geschäftsbedingungen für die Kursverträge, gültig ab April 2016

§1 Zahlung der Kursgebühren

Für den Einzug der Kursgebühren ist dem Veranstalter bei Vertragsabschluss eine Einzugsermächtigung zum Sepa Lastschriftverfahren zu erteilen. Aus verwaltungstechnischen Gründen ist eine Barzahlung der Kursgebühr nicht möglich. Die Gebühren werden nach Rechnungstellung im Voraus eingezogen. Es ist sicherzustellen, dass das angegebene Konto korrekt ist und über den zu zahlenden Betrag ausreichend Deckung vorhanden ist. Bei nicht eingelösten Lastschriften müssen zusätzlich zur Kursgebühr die banküblichen Gebühren gezahlt werden.

§2 Unterrichtszeiten

An gesetzlichen Feiertagen und in Ferienzeiten finden keine Kurse statt. Kursstunden, die auf Veranlassung des Kursveranstalters ausfallen, werden nachgeholt.

Kursstunden, die durch Urlaub, Krankheit, höhere Gewalt oder wichtigen persönlichen Gründen vom Kursteilnehmer versäumt werden, sind honorarpflichtig, können aber nach Rücksprache mit dem Veranstalter in zeitnahen Reha-Sport Kursen nachgeholt werden, sofern dies im Rahmen des vorhandenen Kursbetriebs möglich ist.

§3 Vertragsdauer / Kündigungsrecht

Nach Ende der Vertragslaufzeit verlängert sich der Vertrag automatisch um 6 Monate. Die Kündigungsfrist beträgt 1 Monat. Eine vorzeitige Kündigung ist nur in Härtefällen und nach Absprache möglich.

§4 Haftung

Jegliche Haftung für Verluste oder Diebstahl von mitgebrachten Gegenständen der Teilnehmer ist ausgeschlossen. Die Teilnahme am Kurs erfolgt auf eigene Gefahr.

Praxis Neumayer, Weinstraße 61, 67480 Edenkoben, 06323/980877