

# Anmeldung \_\_\_\_\_

Sehr geehrtes Mitglied,  
bitte füllen Sie diese Anmeldung vollständig aus. Sie erleichtern uns die Arbeit.

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

Name, Vorname Geburtsdatum

\_\_\_\_\_

Straße

_____	_____
-------	-------

PLZ Wohnort

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

Tel. Privat Tel. dienstlich Mobil Fax

\_\_\_\_\_

E-Mail

_____	_____	_____
-------	-------	-------

1x 12 € 10er Karte Monatsbeitrag

10er Karten 3 Monate gültig ! Bei Monatsbeiträgen 4 Wochen Kündigungsfrist.

Gläubiger-Identifikationsnummer : DE83ZZZ00001164706

## SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige das Vida Vital Zentrum Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Vida Vital Zentrum auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend ab dem Belastungsdatum Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die von meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Angaben des Zahlungspflichtigen:

IBAN/Ktnr. \_\_\_\_\_

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

BIC /BLZ \_\_\_\_\_

Verwendungszweck: \_\_\_\_\_

Betrag: \_\_\_\_\_ €

---

Ort, Datum, Unterschrift