

No Nonsense Yoga Lianne Soer Niederheimbach 18
53804 Much Tel. 02245/9157313

www.nononsenseyoga.de

Yoga Anmeldeformular

Hiermit melde ich mich verbindlich bei No Nonsense Yoga für folgendes Yoga Angebot an:

Kurstag und Uhrzeit

Beginn (Datum)

Name

Vorname

Geburtsdatum

Beruf

Straße

PLZ und Ort

Tel.Nr.

Email adresse

Ich habe folgende gesundheitliche Einschränkungen und Beschwerden

Ich wähle:

Monatsabo/Mehrfachkarten	Preis
<input type="checkbox"/> Yoga Abo 1 - Teilnahme 1x pro Woche, Vertragslaufzeit 12 Monaten	€ 39,00 monatlich
<input type="checkbox"/> Yoga Abo 2 - Teilnahme 1x pro Woche, Vertragslaufzeit 6 Monaten	€ 44,00 monatlich
<input type="checkbox"/> Yoga Abo 3 - Teilnahme 1x pro Woche, Vertragslaufzeit 3 Monaten	€ 49,00 monatlich
<input type="checkbox"/> All you can Yoga- Teilnahme unbegrenzt, Vertragslaufzeit 3 Monaten	€ 59,00 monatlich
<input type="checkbox"/> 10er Karte Yoga für Schwangere Yoga 3 Monaten gültig	€ 120,00 einmalig
<input type="checkbox"/> 10er Karte Mama-Baby-Yoga 3 Monaten gültig	€ 120,00 einmalig

Die Kurszeiten entnehmen Sie bitte der Internetseite www.nononsenseyoga.de. Die Teilnahme am Unterricht erfolgt auf eigenes Risiko. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen vor Vertragsende und muss schriftlich erfolgen. Bei nicht fristgerechter Kündigung verlängert sich der Vertrag automatisch um seine Laufzeit. Weitere Vertragsbedingungen findest du in den Geschäftsbedingungen, die gemeinsam mit diesem Vertrag ausgehändigt wurden.

Meinen Kursbetrag/Abo-Betrag in Höhe von € _____

- lasse ich monatlich von meinem Konto abbuchen. (bitte SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen)
- überweise ich als kompletten Betrag über die gesamte Vertragslaufzeit auf folgendes Konto bei der Kreissparkasse Köln. (nur für pre- und Postnatal Yoga).

IBAN DE16 3705 0299 0325 5568 60 **BIC** COKSDE33XXX Kontoinhaber: Lianne Soer

Datum und Ort

Unterschrift

SEPA Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: Lianne Soer, Niederheimbach 18 , 53804 Much, Deutschland

Gläubiger ID: DE86ZZZ00001452451

Mandatsreferenz: _____

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Lianne Soer Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Lianne Soer auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen.

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

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung
 einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen: _____

Straße und Hausnummer: _____

PLZ und Ort: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Datum und Ort Unterschrift

Hinweis: Meine Rechte zu obigem Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich von meinem Kreditinstitut erhalten kann.