



ANMELDE-COUPON

zurück an:

BKK ZF & Partner
Otto-Lilienthal-Str. 10
88046 Friedrichshafen

oder per E-Mail an: gesundheitsmanagement@bkk-zf-partner.de

Hiermit melde ich mich verbindlich für den Kurs / die Kurse an

| | | |
|---------------------------|----|-----|
| Kursname: | um | Uhr |
| Kursname: | um | Uhr |
| Vor- / Nachname: | | |
| Geburtsdatum: | | |
| Krankenkasse: | | |
| Straße / Hausnr.: | | |
| PLZ / Wohnort: | | |
| Telefon tagsüber / mobil: | | |
| E-Mail-Adresse: | | |

Bitte beachten Sie, dass Ihre Anmeldung nur bei Vorliegen des Original-Anmeldeformulars und des SEPA-Lastschriftmandats angenommen werden kann. Für eine Stornierung bis 2 Wochen vor Kursbeginn wird keine Stornogebühr fällig, danach 50 % der Kurskosten. Bei Nichtteilnahme eines verbindlich gebuchten Kurses (ohne vorherige Stornierung) ist die Kursgebühr zu 100 % fällig.

Die untenstehenden Teilnahmebedingungen habe ich gelesen und verstanden.

| | |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Ort, Datum | Unterschrift |

Teilnehmerinformation

Sehr geehrte(r) Kursteilnehmer(in),
um einen reibungslosen Ablauf sicherzustellen, machen Sie sich bitte mit folgenden Punkten vertraut:

- Beachten Sie die Anweisungen des Kursleiters um gesundheitlichen Schäden vorzubeugen.
- Die Hallenordnung ist zu berücksichtigen.
- Geräte und sonstige Einrichtungen sind pfleglich zu behandeln.
- Teilen Sie Krankheiten oder Befindlichkeitsstörungen Ihrem Kursleiter **vor Beginn** mit. Bei Zweifel, ob der Kurs auf Grund einer Erkrankung besucht werden kann, sprechen Sie bitte mit Ihrem Arzt.
- Bitte nutzen Sie die Spinde nur während des Kurses. Wertgegenstände sollten Sie nicht in den Umkleideräumen lassen.
- Die Kursteilnahme geschieht auf eigenes Risiko und eigene Gefahr.
- Wir erheben und verwenden personenbezogene Daten von Ihnen, soweit dies erforderlich ist, um die Inanspruchnahme unseres Angebotes zu ermöglichen oder abzurechnen (Nutzungsdaten). Dazu gehören insbesondere Merkmale zu Ihrer Identifikation und Angaben zu Beginn und Ende sowie Umfang der Nutzung unseres Angebotes.

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer:
DE 42 BKK 00000 535 235

Mandatsreferenz
(wird von der BKK ZF & Partner ausgefüllt)

Mandat für Forderung Gesundheitskurs

Ich ermächtige die BKK ZF & Partner, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BKK ZF & Partner auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

| | | | |
|-----------------------------|-----|------------------------------|------|
| Name / Vorname (Teilnehmer) | | geb. am | KVNR |
| Straße / Hausnummer | | | |
| PLZ / Ort | | | |
| Kreditinstitut (Name) | | BIC (8- oder 11-stellig) | |
| IBAN (max. 31-stellig) | | | |
| Datum | Ort | Unterschrift des Teilnehmers | |

Abweichender Kontoinhaber (nicht notwendig bei Gemeinschaftskonto)

| | | |
|---------------------|-----|---|
| Name / Vorname | | geb. am |
| Straße / Hausnummer | | |
| PLZ / Ort | | |
| Datum | Ort | Unterschrift des abweichenden Kontoinhabers |