

ERNÄHRUNGSBERATUNG

PAKETBUCHUNG



_____ _____
 Vorname, Name W M D Geburtsdatum

 E-Mail Adresse Telefon/Mobil

 Straße, Hausnummer PLZ, Ort

Paket	Preise TSV/Activity-Mitglied	Preise Nicht-Mitglied
Individuelle Ernährungsanalyse	<input type="checkbox"/> 180,-€	<input type="checkbox"/> 198,-€
Coaching Paket Basic	<input type="checkbox"/> 250,-€	<input type="checkbox"/> 275,-€
Coaching Paket Premium	<input type="checkbox"/> 425,-€	<input type="checkbox"/> 467,-€
Coaching Paket Premium Plus	<input type="checkbox"/> 999,-€	<input type="checkbox"/> 1.089,-€

Starttermin 01. ____ . 2023
 15. ____ . 2023

 Ort / Datum Unterschrift

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

GLÄUBIGER IDENTIFIKATIONSNUMMER: DE27TSV00000047304

Ich/Wir ermächtige(n) Sie, Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Turn- und Sportverein Schmiden 1902 e.V. auf mein/unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

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

_____ Kreditinstitut

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC (nur bei Bank im Ausland)

Mandatsreferenznummer = Mitgliedsnummer (wird noch vergeben): _____

_____ Name und Anschrift des Kontoinhabers (wenn vom Antragsteller abweichend)

 Ort, Datum Unterschrift