

# ANMELDUNG

## LIPOSANA 3 PLUS BEHANDLUNG

Praxis für Naturheilkunde und Osteopathie/  
Physiotherapie Praxis Eva Mayr Harok MSC  
Reschstr. 2, 82418 Murnau am Staffelsee  
Telefon: +49(0)388414869680  
E-Mail: evamayrharok@gmail.com



### Frühlingsangebot:

Vorname ..... Nachname ..... Geburtsdatum .....

Adresse ..... PLZ ..... Ort .....

Telefon / Handy ..... E-Mail .....

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> 1 Einheit, Einmalzahlung 120 €     | <input type="radio"/> 5 Einheiten, 3 monatliche Raten à 180 €  |
| <input type="radio"/> 5 Einheiten, Einmalzahlung 500 €   | <input type="radio"/> 10 Einheiten, 3 monatliche Raten à 250€  |
| <input type="radio"/> 10 Einheiten, Einmalzahlung 699 €  | <input type="radio"/> 20 Einheiten, 6 monatliche Raten à 250 € |
| <input type="radio"/> 20 Einheiten, Einmalzahlung 1380 € |  |

Bemerkung: .....

- Ich stimme zu, dass Sporteve Informationen über meine Nutzung des Clubs und meine Gesundheit speichert und nutzt, um mich persönlich im Club betreuen zu können und mich persönlich kontaktieren darf. Sollte ich eine Löschung dieser Daten nach Beendigung meiner Behandlung wünschen, teile ich dies mit.
- Ich habe den "Aufklärungsbogen Magnetfeldbehandlung" zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum ..... Mitarbeiter Sporteve ..... Kunde / Erziehungsberechtigte\*r .....

### SEPA Basislastschriftmandat

- Ich ermächtige Sporteve Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor- und Nachname des Kontoinhabers ..... IBAN .....

Name des Kontoinstituts ..... BIC .....

Ort, Datum ..... Unterschrift Kontoinhaber .....