HSV Medizin Magdeburg e.V.
Geschäftsstelle
Leipziger Chaussee 57
39120 Magdeburg
Telefon: 621 34 49
Email: hsv@hsvmedizin.de

Sprechzeiten in der Geschäftsstelle am:

Dienstag 10.00 - 12.00 Uhr
Donnerstag 16.00 - 18.00 Uhr

Kurs: Fit für Freizeit und Beruf

Kurstag	Zeit	Kursbeginn	Kursende	Kursgebühr
Donnerstag	**12.30 Uhr- 14.00 Uhr**	**11.10.2018**	**13.12.2018**	**70,00 € (10x)**

Kursleiter: Christian Skeide

Ort: Sportstätte HSV Medizin Magdeburg e.V.

✂.....

Teilnehmermeldekarte Fit für Freizeit und Beruf 11.10.18 - 13.12.18; **Donnerstag 12:30-14:00 Uhr**

.....

Name, V. Anschrift Telefon
Geb.datum:

SEPA- Lastschriftmandat:

HSV Medizin Magdeburg e.V. Leipziger Chaussee 57; 39120 Magdeburg
Gläubiger- Identifikationsnummer: DE18ZZZ00000193451

Mandatsreferenz: Ihre Mitgliedsnummer

Hiermit ermächtige ich den HSV Medizin Magdeburg e. V., die Teilnahmegebühr in Höhe von _____ € im Rahmen meines bestehenden SEPA-Lastschriftmandats von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Unterschrift des Kontoinhabers: ----------

_____

Mandatsreferenz: _____

Hiermit ermächtige ich den HSV Medizin Magdeburg e. V., die Teilnahmegebühr von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom HSV Medizin 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 dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen:

Vorname und Name des Kontoinhabers: _

IBAN: **DE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _**

Kreditinstitut: (Name und BIC) **_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ I _ _ _ _ _ _ _ _**

Unterschrift des Kontoinhabers: ----------

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für die Teilnahmegebühr von:_____(Vorname Name)

Der Betrag wird abgebucht am 30.10.2018