

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
<b>Mittwoch</b>	<b>18.15 Uhr-19.45 Uhr</b>	<b>10.10.2018</b>	<b>19.12.2018</b>	<b>70,00 € (10x)</b>

31.10.18 = Feiertag

Kursleiter: Hubert Sommerfeld

Ort: Sportstätte HSV Medizin Magdeburg e.V.

✂.....

Fit für Freizeit und Beruf, 10.10.2018 - 19.12.2018; **Mittwoch 18:15-19:45 Uhr**

Teilnehmermeldekarte

.....  
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