

Datum Mitarbeiter

ÄNDERUNGSFORMULAR

KONTAKT-/BANKDATEN

Mit meiner Unterschrift bestätige ich folgende Änderungen/Angaben:

Mitglieds-Nr.

Vorname

Name

 Frau Herr

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die TopFit Fitness- und Freizeitanlagen GmbH Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der TopFit Fitness- und Freizeitanlagen GmbH 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.

Bankverbindung

Zahlungsart	Lastschrifteinzugsverfahren (Zahlung wiederholt fällig: 14-tägig)	1. Abbuchung am	
Kontoinhaber		Straße	
PLZ		Ort	
IBAN	DE _____	BIC	
Mandatsreferenz			

Unterschrift Kontoinhaber

Adress- oder Namensänderung/E-Mail + Newsletter-Empfang

Anrede	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Mobiltelefon	
Vorname, Name		Festnetztelefon	
Straße und Nr.		E-Mail*	
PLZ und Ort		Krankenkasse	

*= mit Eintragung stimmt der Nutzer dem Newsletter-Empfang zu. (Widerspruch jederzeit möglich)

Unterschrift Mitglied