

# per Post oder per Fax 07083 9359707

WSD Ausbildungszentrum GmbH  
Südhangstr. 9  
76332 Bad Herrenalb

## Rechnungsadresse:

\_\_\_\_\_  
Institution  
\_\_\_\_\_  
Name  
\_\_\_\_\_  
Vorname  
\_\_\_\_\_  
Straße/Nr.  
\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort  
\_\_\_\_\_  
Telefon  
\_\_\_\_\_  
E-Mail

## Teilnehmeradresse (falls nicht identisch mit Rechnungsadresse):

\_\_\_\_\_  
Name  
\_\_\_\_\_  
Vorname  
\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum  
\_\_\_\_\_  
Straße/Nr.  
\_\_\_\_\_  
PLZ/Ort  
\_\_\_\_\_  
Telefon/Telefax  
\_\_\_\_\_  
E-Mail

Gemäß den allgemeinen Geschäftsbedingungen melde ich mich / meine(n) Mitarbeiter/in verbindlich an:

Schulung	Schulungsgebühr inklusive Unterlagen	
	zzgl. MwSt.	inkl. MwSt.
<b>Rücken-Braining® - Coach</b>	1.084,03 €	1.290,00 €

- Die Schulungsgebühr bitte in 3 Monats-Raten á 430,00 € abbuchen.

WSD Ausbildungszentrum GmbH, Südhangstr. 9, 76332 Bad Herrenalb;

Gläubiger Identifikations-Nr. DE34WSD00000083553

### SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die WSD Ausbildungszentrum GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der WSD Ausbildungszentrum GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

_____ Vor und Zuname des Kontoinhabers (Anschrift ergänzen, falls nicht mit Rechnungsanschrift identisch)	
_____ Name des Kreditinstituts	_____ BIC
_____ IBAN	
_____ Ort, Datum	_____ Unterschrift

- Bitte senden Sie mir eine Liste von Hotels/Pensionen in Ihrer Nähe. Die Zimmerreservierung werde ich selbst vornehmen.

- Ja, ich möchte den E-Mail-Newsletter der WSD Ausbildungszentrum GmbH über neue Seminare, Dienstleistungen und Produkte zum Thema Gesundheit **kostenfrei** abonnieren.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift