

# Kursanmeldung / Einzugsermächtigung

Hiermit melde ich mich verbindlich für den folgenden Kurs an:

**Kursbezeichnung** (vollständiger Kursname): \_\_\_\_\_

**Kursstart:** \_\_\_\_\_

**Gebühr/EUR:** \_\_\_\_\_

<b>Name</b>	
<b>Straße, Hausnr.</b>	
<b>PLZ, Ort</b>	
<b>Telefon</b>	
<b>eMail-Adresse</b>	

**Die Kursmodalitäten sind mir bekannt, mit meiner Unterschrift akzeptiere ich sie:**

\_\_\_\_\_

**Zahlungsweise: Bar  / EC  / Einzug**

Hiermit ermächtige ich die Dörenberg-Klinik widerruflich, die von mir zu entrichtende Kursgebühr von meinem nachstehend angegebenen Girokonto per Lastschrift/SEPA einzuziehen.

<b>Kontoführendes Institut</b>	
<b>IBAN</b>	
<b>BIC</b>	
<b>Name Kontoinhaber/in</b>	

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Kontoinhaber/in: \_\_\_\_\_

**Dörenberg-Klinik**

Am Kurgarten 7  
49186 Bad Iburg  
Tel: 05403-402 578  
Fax: 05403-402 616

[www.doerenberg-klinik.de](http://www.doerenberg-klinik.de)  
eMail: [info@doerenberg-klinik.de](mailto:info@doerenberg-klinik.de)