

## Teilnehmeranmeldung

6. Sportmedizinisches Symposium

im Rahmen des MercedesCups

15.06. & 16.06.2017



CENTRUM FÜR  
ORTHOPÄDIE  
DR. MAUCH

Wir bitten Sie, dieses Formular sowie das Sepa-Lastschriftmandat auszufüllen und uns per E-Mail oder Fax bis zum **31.05.2017** zurückzusenden. Die **Teilnahmegebühr beträgt 178,00 €**.

E-Mail: [sabrina.stoeffler@drmauch.de](mailto:sabrina.stoeffler@drmauch.de)

FAX: 0711 –89655050

Reservierungsoptionen	Wenn gewünscht bitte ankreuzen
Symposium, Tagungsgetränke, Verpflegung und Zugangsberechtigung zum Center Court inklusive	Automatisch
kostenlose Teilnahme unserer Lunchworkshops	<input type="checkbox"/>
Ich benötige ein Zertifikat der Fortbildung <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Physiotherapeut <input type="checkbox"/> Trainer <input type="checkbox"/> Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>

Name	
Adresse	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	

Datum

Unterschrift

**SEPA-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Maybach Klinik GmbH & Co KG Maybachstr. 50 70469 Stuttgart
--

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier) DE 15ZZZ00001999063	Mandatsreferenz Mercedescup 2017
---	-------------------------------------

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

<small>[Name des Zahlungsempfängers]</small> Maybach Klinik GmbH & Co KG
---

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

<small>[Name des Zahlungsempfängers]</small> Maybach Klinik GmbH & Co KG
---

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

<small>Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)</small>	
<small>Kreditinstitut</small>	
<small>BIC<sup>1</sup></small>	<small>IBAN</small>

<small>Ort, Datum</small>	<small>Unterschrift</small>
---------------------------	-----------------------------

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.

**SEPA-Lastschriftmandat** (SEPA Direct Debit Mandate)  
für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren/SEPA Core Direct Debit Scheme

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)

Maybach Klinik GmbH & Co KG  
Maybachstr. 50  
70469 Stuttgart

Gläubiger-Identifikationsnummer (CI/Creditor Identifier)  
DE15ZZ00001999063

Mandatsreferenz  
Mercedescup 2017

**SEPA-Lastschriftmandat**

Ich/Wir ermächtige(n)

[Name des Zahlungsempfängers]  
Maybach Klinik GmbH & Co KG

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

[Name des Zahlungsempfängers]  
Maybach Klinik GmbH & Co KG

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Kreditinstitut

BIC<sup>1</sup>

IBAN

Ort, Datum

Unterschrift

<sup>1</sup> Hinweis: Ab 01.02.2016 kann die Angabe des BIC bei Zahlungen innerhalb EU/EWR entfallen.

