

Antragsteller

(Name der Firma,
Gruppe, Einrichtung,
des Vereins, etc.) _____

Ansprechpartner: _____

Kontaktdaten:

Mail: _____

Telefon: _____

Stempel / Unterschrift

Bitte kreuzen Sie an, welche Variante gewünscht ist:

vor Ort Privat

Bitte kreuzen Sie die gewünschte Zahlungsvariante an:

Kostenteilung:
Antr.: ____% Ma./Mgl.: ____%

Volle Kostenübernahme durch Antr.

Volle Kostenübernahme durch Ma./Mgl..

Sollten beide Varianten von Interesse sein, füllen Sie bitte auch diesen Teil aus.

Bitte kreuzen Sie an, welche Variante gewünscht ist:

vor Ort Privat

Bitte kreuzen Sie die gewünschte Zahlungsvariante an:

Kostenteilung:
Antr.: ____% Ma./Mgl.: ____%

Volle Kostenübernahme durch Antr.

Volle Kostenübernahme durch Ma./Mgl.

Bitte legen Sie hier fest, wie sich bei der Variante "Privat" ausgewiesen werden soll:

Es wird sich über die angehängte Namensliste ausgewiesen:

Es wird sich durch Mitgliedsausweis ausgewiesen:

Bei Kostenteilung oder Komplettübernahme der Kosten durch Antragsteller wird eine Rechnungsadresse benötigt.

Bitte geben Sie hier die Rechnungsadresse an:

Name: _____

Adresszeile 1: _____

Adresszeile 2: _____

PLZ/Ort: _____

Ihre Referenz: _____

Wichtiger Hinweis:

Dieser Anmeldung bzw. diesem Angebot liegen die AGB von Previtality-Praktiken für Prävention & Wohlbefinden zu Grunde. Die AGB sind online auf der Internetpräsenz www.previtality.de einzusehen.

Sie können auch diesem Link folgen: <http://www.previtality.de/agb.htm>

Die ausgefüllte Anmeldung kann per Post oder Email an mich zurück gesendet werden.

