

Herr  Frau

Name	
Vorname	Geburtsdatum
Sozialversicherungsnummer	Staatsbürgerschaft
TelefonNr.	e-Mail
Adresse	PLZ & ORT

### LEHRGANG

Ich melde mich hiermit verpflichtend für folgenden Lehrgang an:

#### Kursnummer:

VHC

Kursbeginn  **DIPL. VITAL & HEALTH COACH PERSONALTRAINER (VHC)**

#### Lehrgangskosten

inkl. 20% USt.

Euro

#### Bezahlung des Lehrgangs:

- per Banküberweisung  
 per Einzugsermächtigung

**SAFA Bankkonto**  
Bank: Erstebank  
Kt. Nr.: 287 222 96 100  
BLZ: 20 11

Anmerkung

Hiermit bestätige ich, dass die Anmeldung verpflichtend ist und Stornierungen nur in Absprache mit der SAFA Geschäftsleitung unter **Einhaltung der AGB der SAFA Austria GmbH** möglich sind!

**Ich anerkenne und bestätige, den Inhalt dieser Vereinbarung gelesen und verstanden zu haben.**

Ort, Datum

✕ \_\_\_\_\_  
Unterschrift Kursteilnehmer

### EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Ich ermächtige die Firma SAFA Sport & Freizeit Management GmbH, die Kursgebühr von folgendem Konto einzuziehen.

Kontoinhaber	Geldinstitut	
Kontonummer	BLZ	Ort, Datum

✕ \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontobevollmächtigten

