

## Mitglied

Vorname : ..... Straße : .....  
Nachname : ..... PLZ/Ort : .....  
Geburtsdatum : ..... E-Mail : .....  
Telefon/Mobil : ..... Beruf\* : .....  
\*freiwillige Angabe

### Preise und Laufzeiten (Rabatte mit Nachweis)

Functional Training Hyrox & CrossFit	<u>Laufzeit 6 Monate</u>	<u>Laufzeit 12 Monate</u>	<u>Laufzeit 1 Monate</u>
<input type="checkbox"/>	1xpro Woche / mtl. 65 €	<input type="checkbox"/> 1xpro Woche / mtl. 59 €	<input type="checkbox"/> All In / 120 €
<input type="checkbox"/>	2xpro Woche / mtl. 85 €	<input type="checkbox"/> 2xpro Woche / mtl. 79 €	
<input type="checkbox"/>	All In / mtl. 110 €	<input type="checkbox"/> All In / mtl. 99 €	

Trainernotiz: .....

### Krankenkassenkurse

Functional Training - Krankenkasse	<u>Laufzeit 10 Wochen</u>
<input type="checkbox"/>	1xpro Woche/einmalig 199 €**
<input type="checkbox"/>	2xpro Woche/einmalig 199 €** (zzgl. 60 €)

Beginn: .....

### sonstige Angebote

Functional Training, Hyrox & CrossFit	<u>10 Trainingseinheiten</u>
<input type="checkbox"/>	10er Karte (Gültigkeit: 6 Monate ab Trainingsstart) / 199 €

### Vertrags- und Zahlungshinweise

Der Vertragsbeginn ist jeweils der 01. eines Monats. Bei Trainingsstart während eines laufenden Monats wird der Monat anteilig berechnet, ungeachtet dessen bleibt der Vertragsbeginn der 01. des Folgemonats. Die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen vor Ablauf, andernfalls verlängert sich der Vertrag immer um jeweils um 1 Monat.

Die Zahlweise erfolgt per **SEPA Lastschrift-M andat**, wobei der Monatsbeitrag immer **zum 01.** eines Monats fällig wird. Das SEPA Lastschrift-M andat erteilen Sie uns bitte auf umseitiger Unterlage.

### Datenschutzhinweise

Morepowerconcept erhebt, verarbeitet und nutzt personenbezogene Daten des Mitglieds selbst, oder durch weisungsgebundene Dienstleister, soweit dies der Zweckbestimmung des Vertragsverhältnisses dient.

Weitere Informationen zum Datenschutz entnehmen Sie bitte der Website.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die auf der Homepage aufgeführten AGB gelesen zu haben und stimme den Vertragsbedingungen zu.**

.....  
Ort, Datum :

.....  
Unterschrift Mitglied / Erziehungsberechtigter

+49 / 163 951 43 72

www.mpc-gym.com

buchhaltung.morepowerconcept@gmail.com

Freunder Weg 71a 52068 Aachen

MPC GYM Owners:  
Christian Mohr / Conrad Riepe  
Ust-IdNr.: DE359198117



# SEPA-Lastschriftmandat

## SEPA Direct Debit Mandate

**Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:**

MPC Gym Mohr &amp; Riepe GbR

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address****Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Freunder Weg 71a

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:**

52068 Aachen

**Land / Country:**

Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

DE11ZZZ00002588604

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

**Zahlungsart / Type of payment:****Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:****Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address\***

\* Angabe freigestellt / Optional information

**Straße und Hausnummer / Street name and number:****Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

**Ort / Location:****Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**

0123456789012345678901

