

Roepnaam: \_\_\_\_\_ Voorletters: \_\_\_\_\_

Achternaam: \_\_\_\_\_ Geslacht:  M  V

Geboortedatum: \_\_\_\_\_ Huisarts: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_

Telefoon: \_\_\_\_\_ Mobiel: \_\_\_\_\_

E-mailadres: \_\_\_\_\_

Vorm		Duur	
<input type="checkbox"/>	Medische Training Therapie	<input type="checkbox"/>	Kwartaal
<input type="checkbox"/>	Fysiosport	<input type="checkbox"/>	Half jaar
<input type="checkbox"/>	Combinatie MTT/Fysiosport	<input type="checkbox"/>	Jaar
<input type="checkbox"/>	Cursus Valpreventie		
Frequentie		Dag	Tijd
<input type="checkbox"/>	1x per week		
<input type="checkbox"/>	2x per week		
<input type="checkbox"/>	Onbeperkt		
Verkoop			
<input type="checkbox"/>	Borstbandje		
<input type="checkbox"/>	Smartcard (borg)		
Startdatum abonnement			

Hierbij machtigt de ondergetekende, Fysiotherapie de Waterpoort om de verschuldigde contributie maandelijks per automatische incasso van het hieronder ingevulde IBAN-nummer af te schrijven;

Tevens verklaart de ondergetekende de algemene voorwaarden te hebben ontvangen en met de inhoud daarvan op de hoogte te zijn.

Datum: \_\_\_\_\_ Handtekening: \_\_\_\_\_