

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

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

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

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

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

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

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

Abonnementvorm		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"/> Partnerabonnement			
<input type="checkbox"/> Fysiosport Daluren			
Frequentie	Dag	Tijd	
<input type="checkbox"/> 1x per week			
<input type="checkbox"/> 2x per week			
<input type="checkbox"/> Onbeperkt			
Verkoop			
<input type="checkbox"/> Borstbandje			
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 MTT/Fysiosport te hebben ontvangen en met de inhoud daarvan op de hoogte te zijn. Raadpleeg ons Privacy Policy op onze website.

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