

Antragsformular Barakuda Divemed Hotline

Fax +49 (0) 521 9678452 oder per Post



Tauchsportcenter Baracuda
August-Bebel-Str. 44
33602 Bielefeld

Deutschland

- Barakuda Card Dive 39,-€
 Barakuda Card Family 19,-€

Persönliche Daten der/s Antragstellerin/s :

<input type="checkbox"/> m / <input type="checkbox"/> w			
Name, Vorname	Geschlecht	Geburtsdatum	
Anschrift		Geburtsort	
PLZ, Stadt	Land		
Telefon	Mobil	Fax	e-mail

* Mitversicherte Personen (Barakuda Card Family)

(Familie: Maximal zwei Erwachsene und mindestens ein mitreisendes Kind, unabhängig vom Verwandtschaftsgrad. Volljährige Kinder sind mitversichert, solange sie sich in der Ausbildung befinden. Die Family Card deckt keine Tauchunfälle ab!)

Name, Vorname	Geschlecht	Geburtsdatum	
Name, Vorname	Geschlecht	Geburtsdatum	
Name, Vorname	Geschlecht	Geburtsdatum	
Name, Vorname	Geschlecht	Geburtsdatum	

Ich ermächtige Tauchportcenter Baracuda zur Abbuchung des Beitrages über meine Kreditkarte:

Mastercard Gültig bis: /

Kreditkarten-Nummer:

Name auf der Kreditkarte	Datum	Unterschrift des Karteninhabers
<i>- vom annehmenden Tauchshop/ von der Tauchschule auszufüllen</i>		TSC33602
Antrag eingegangen am Datum	Uhrzeit	Unterschrift, Stempel