Anmeldung zum medizinischen Aufbautraining

Reha-Zentrum Iserlohn

EIN ZUHAUSE FÜR IHRE GESUNDHEIT

Name / Vorname _____ Geburtsdatum: _____

Straße /PLZ/ Wohnort _____

Telefon _____

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)

Eingangsanalyse (verbindlich für Neueinsteiger)……	○	27,50 € **einmalig**
15 er Trainingskarte (Kurs und/oder MTT)……	○	135,- € **einmalig**
2-Monats-Vertrag (nur in Kombination mit einem Rezept mit mindestens 6 Einheiten)……..	○	22,50 € **monatlich (einmalig 45€)**
4-Monats-Vertrag.....	○	40,- € **monatlich (einmalig 160€)**
4-Monats-Vertrag incl. 4 Massagen a 20min ……	○	53,75 € **monatlich (einmalig 215€)**
15 Monats-Vertrag incl.15 Massagen a 20min	○	45,- € **monatlich (einmalig 675€)**
15 Monats-Vertrag incl. Kursflatrate……	○	38,75 € **monatlich (einmalig 580€)**
15 + unbefristeter Vertrag (Kündigung ab dem 16. Monat möglich)	○	30,- € **monatlich (Kündigungsfrist 4 Wochen; nur Einzug möglich)**

Die 15er Trainingskarte umfasst 15 Trainingstermine, die entweder auf der Trainingsfläche oder im laufenden Kursprogramm gebucht werden können. Bei den 4-, oder 15-Monatsverträgen beginnt die Mitgliedschaft sofort. Die Öffnungszeiten sind Montag bis Donnerstag 7:00 bis 20:00 Uhr, Freitag 7:00 bis 19:00 Uhr sowie Samstag 9:00 bis 13:00 Uhr, außer an Feiertagen. Änderungen werden bekannt gegeben. Laufzeitunterbrechungen sind nicht möglich. Eine begründete Verlängerung der Vertragslaufzeit bei Krankheit ist bei befristeten Verträgen ohne weitere Kosten um max. 4 Wochen möglich. Eine vorzeitige Kündigung kann nur aus wichtigen Gründen (z.B. Krankheit) in schriftlicher Form bis zum 15. des Vormonats entgegen genommen werden und wirksam werden. Teilnahme an Kursen über die Kursflatrate oder die Bonuskarte ist nur nach vorheriger Absprache (spätestens 24 h vor Kursbeginn) und bei freien Kurskapazitäten möglich. Es besteht kein Anspruch auf Kurse. Die Märkische Reha-Kliniken GmbH behält sich vor, Kurse bei Krankheit des Kursleiters, Urlaubszeiten oder sonstigen Gründen ersatzlos zu streichen.
Das Benutzen der Trainingsgeräte erfolgt auf Anweisung des Fachpersonals, eigenmächtiges Trainieren auf eigene Gefahr. Die Märkische Reha-Kliniken GmbH haftet bei Forderungen oder Ersatzansprüchen im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen.
Der Teilnehmer erklärt sich bereit, alle evtl. Beeinträchtigungen seines Gesundheitszustandes, die die Teilnahme am Fitnesstraining ausschließen oder einschränken, anzugeben. Auch nachträglich eingetretene Änderungen sind unserem Therapeutenteam vor Ort anzugeben. Sofern eine Herz-Kreislauf-Erkrankung vorliegt, wird darauf hingewiesen, dass eine ärztliche Betreuung/Überwachung während des Trainings nicht gewährleistet ist. Die Geräte der Märkische Reha-Kliniken GmbH sind pfleglich zu behandeln. Für vermeidliche Schäden haftet der Verursacher.

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers: Märkische Reha-Kliniken GmbH. Paulmannshöher Str. 14. 58515 Lüdenscheid.
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE49REH00000568671
Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Märkische Reha-Kliniken GmbH widerruflich, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Märkische Reha-Kliniken GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Das SEPA- Lastschriftmandat gilt bis auf Widerruf für alle fälligen Kursgebühren (wiederkehrendes SEPA-Mandat).
Diese werden jeweils nach Kursbeginn abgebucht.
Die Mandatsreferenz wird von der Märkische Reha-Kliniken GmbH vergeben und ist bei Abbuchung aus Ihrem Kontoauszug ersichtlich.

Name Kontoinhaber:…… Erstvertrag ☐ Folgevertrag ☐

IBAN Zahlungspflichtiger:

BIC Zahlungspflichtiger:

Änderungen der Bankverbindungen sind bekannt zu geben. Wir machen darauf aufmerksam, dass die Bank bei geplatztem Einzug Kosten in Höhe von bis zu 12,00€ geltend macht, die zu Ihren Lasten gehen.

X …… X ……

Datum **Unterschrift**

Unterschrift ist gültig für die Anmeldung und den Einzug - bei Teilnehmern unter 18 J. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters.

Barzahlung/ EC- Zahlung vor Kursbeginn

Ich bestätige, die Kosten vor Trainingsbeginn zu entrichten.
Datum

X …… X …… ……

Datum **Unterschrift** **Märkische Reha-Kliniken GmbH**

Unterschrift ist gültig für die Anmeldung und die Bar- oder EC-Zahlung - bei Teilnehmern unter 18 J. Unterschrift des gesetzlichen Vertreters.