Anmeldung zum medizinischen Aufbautraining

Reha-Zentrum Am Buschey
EIN ZUHAUSE FÜR IHRE GESUNDHEIT

Hiermit melde ich mich verbindlich zum Gesundheits- und Fitnesstraining an. (Bitte füllen Sie den Vertrag in Druckbuchstaben aus.)

Name: _____ Straße: _____

Vorname: _____ Postleitzahl, Ort: _____

Geb. Datum: _____ E- Mail: _____

Telefon-Nr.: _____ Telefon dienstl.: _____

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

12er Bonuskarte MTT……....	O	88,- €
Eingangsanalyse…….	O	25,00 € einmalig
2-Monats-Vertrag (nur in Kombination mit 6er Rezept)…...	O	19,90 € monatlich, oder Einmalzahlung 39,80 €
4-Monats-Vertrag.....	O	28,00 € (Gesamt 112,- €) oder Einmalzahlung 109,- €
4-Monats-Vertrag incl. 4 Massagen a 20min…….....	O	39,00 € (Gesamt 156,- €) oder Einmalzahlung 149,- €
8-Monats-Vertrag.....	O	26,00 € (Gesamt 208,- €) oder Einmalzahlung 199,- €
8-Monats-Vertrag incl. 8 Massagen a 20min…….	O	36,00 € (Gesamt 288,- €) oder Einmalzahlung 279,- €
16 Monats-Vertrag.....	O	23,00 € (Gesamt 368,- €) oder Einmalzahlung 350,- €
16 Monats-Vertrag incl.16 Massagen a 20min ……..	O	32,00 € (Gesamt 512,- €) oder Einmalzahlung 489,- €
16 Monats-Vertrag incl. 32 Massagen a 20min ……	O	41,00 € (Gesamt 512,- €) oder Einmalzahlung 489,- €
16 + Monats-Vertrag dauerhaft bis zur Kündigung ……..	O	23,00 € monatlich (nur Einzug möglich, Kündigungsfrist 6 Wochen)

O 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: _____ Straße: _____

Postleitzahl, Ort: _____

IBAN Zahlungspflichtiger: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐

BIC Zahlungspflichtiger: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Änderungen der Bankverbindung sind bekannt zu geben. Wir machen darauf aufmerksam, dass die Bank bei Rückgabe einer SEPA Lastschrift Kosten in Höhe bis zu 12,00 € geltend macht, die zu Ihren Lasten gehen.

O Barzahlung (nur Einmalzahlung möglich) O EC (nur Einmalzahlung möglich)

Sondervereinbarung:_____

Die 12er Bonuskarte umfasst 12 Trainingstermine. Bei den Monatsverträgen beginnt die Mitgliedschaft sofort. Die Öffnungszeiten sind Montag bis Freitag 7:00 bis 20:00 Uhr sowie Samstag 8:00 bis 12:00 Uhr, außer an Feiertagen. Änderungen werden bekannt gegeben. Es können sämtliche Sequenztrainingsgeräte benutzt werden. Laufzeitunterbrechungen sind nicht möglich. Eine begründete Verlängerung der Vertragslaufzeit bei befristeten Verträgen ist ohne weitere Kosten um max. 4 Wochen möglich. Unbefristete Verträge schließen grundsätzlich eine Unterbrechung aus. Eine vorzeitige Kündigung kann nur aus wichtigen Gründen (z.B. Krankheit) in schriftlicher Form bis zum 15. des Vormonats entgegen genommen und wirksam werden. 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 RehAktiv-Team 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 und Einrichtungen der Märkische Reha-Kliniken GmbH sind pfleglich zu behandeln. Für vermeidbare Schäden haftet der Verursacher.

X_____ X_____ X_____

Datum Unterschrift Märkische Reha-Kliniken GmbH

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