

ANMELDUNG

FITNESSBEREICH PHYSIO SCHWEYEN ROISDORF

Bitte vollständig ausfüllen und unterschreiben

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Geboren: _____

Beginn des Vertrags: _____

Mobil: _____

E-Mail: _____

VERTRAGSWAHL (bitte ankreuzen)

☐☐☐☐

TARIF FLEX LAUFZEIT 6 MONATE	TARIF BASIC LAUFZEIT 12 MONATE	TARIF PROFI LAUFZEIT 12 MONATE	TARIF GOOD VALUE LAUFZEIT 24 MONATE
Training in betreuten & offenen Zeiten Erstanamnese mit 3D-Körperscan Chip-Armband, Umkleiden, Schließfach Individuelles Trainingsprogramm inkl. Hilfestellung im Studio Individuelles Trainingsprogramm für Zuhause & per App	Training in betreuten & offenen Zeiten Erstanamnese mit 3D-Körperscan Chip-Armband, Umkleiden, Schließfach Individuelles Trainingsprogramm inkl. Hilfestellung im Studio Individuelles Trainingsprogramm für Zuhause & per App	Einfach anmelden und direkt loslegen. Sie haben Trainings- erfahrung und sind im Umgang mit Geräten vertraut? Dann ist das der richtige Tarif! Training in betreuten & offenen Zeiten Chip-Armband, Umkleiden, Schließfach Individuelles Trainingsprogramm für Zuhause & per App	Training in betreuten & offenen Zeiten Erstanamnese mit 3D-Körperscan Chip-Armband, Umkleiden, Schließfach Individuelles Trainingsprogramm inkl. Hilfestellung im Studio Individuelles Trainingsprogramm für Zuhause & per App
55,-[€] Monatlich	49,-[€] Monatlich	46,-[€] Monatlich	43,-[€] Monatlich
Einmalig: 39,00 € für KI-Analyse-Checkup	Einmalig: 39,00 € für KI-Analyse-Checkup	Einmalig: 39,00 € Aufnahmegebühr	KI-Analyse-Checkup inklusive

Hinweise zum Vertrag

- Kündigungsfrist: 1 Monat vor Laufzeitende, andernfalls Verlängerung um einen weiteren Monat.
- Der Trainingsbereich ist 7 Tage/Woche rund um die Uhr mit Chip-Zugang nutzbar.
- Eine Einweisung und Erstanamnese sind verpflichtend vor Trainingsbeginn.
- Die Zahlung des Einmalbetrags erfolgt mit der ersten Monatsrate.

Zahlungsweise: SEPA-Lastschriftverfahren

Kontoinhaber/in: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Ich ermächtige Physio Schweyen, Zahlungen mittels SEPA-Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Physio Schweyen 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 die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____