



**PhysioTeam  
Ahrensburg**  
Physiotherapie | Krankengymnastik

Unsere Öffnungszeiten:  
Mo.- Do.: 08:00 – 19:30 Uhr  
Fr: 08:00 – 16:00 Uhr  
Rathausplatz 25, 22926 Ahrensburg  
Tel.: 04102 / 8249057

## Anmeldung

Ich erkläre meine Mitgliedschaft im PhysioTeam Ahrensburg zu den nachstehenden Bedingungen, die ich hiermit als verbindlich anerkenne.

- Der monatliche Beitrag ist am 1. Oder 15. Eines jeden Monats im Voraus zu entrichten. Kommt der / die Teilnehmer/in mit einem Beitrag länger als einen Monat in Verzug, so werden die Monatsbeiträge für die gesamte Laufzeit fällig. Des Weiteren kann der Zutritt zur Einrichtung sofort, bis zum Ausgleichen der Rückstände versagt werden.
- Eine Haftung von mitgebrachter Kleidung, Wertsachen und Geld ist ausgeschlossen, es sei denn, es liegt eine grob fahrlässige Sorgfaltspflichtverletzung seitens des PTA vor.
- Die Mitgliedschaft kann bei Einhaltung einer Frist von **1 Monaten** frühestens zum Ablauf der Grundlaufzeit **schriftlich** (nicht per e Mail gekündigt werden. Nach Ablauf der Grundlaufzeit verlängert sich die Mitgliedschaft automatisch fortlaufend um jeweils weitere 1 Monate Grundlaufzeit. Der Mitgliedschaftsbeitrag kann nach der Grundlaufzeit um max. 10 % mind. Jedoch um 2,-€ erhöht werden.  
**Fair pay: Jede Mitgliedschaft kann außerordentlich mit einer Frist von 1 Monat gekündigt werden. In diesem Fall wird der Monatsbeitrag für die tatsächliche Laufzeit zugrunde gelegt und gegebenenfalls nachberechnet.**
- Hiermit bestätige ich die Bedingungen der PTA Mitgliedschaft, die Hausordnung gelesen und verstanden zu haben. Die zurzeit gültige Hausordnung, Verhaltensregeln werden als verbindlich anerkannt.
- Unsere Garantie: Das hat die Möglichkeit innerhalb von zwei Wochen von der Vereinbarung zurückzutreten. Nimmt das Mitglied dieses Recht wahr, so ist nur ein Monatsbeitrag sowie das Betreuungspaket (Eingangsuntersuchung & Geräteeinweisung 59,00 €) zu zahlen. Die Garantie gilt nicht bei aktionsgebundenen Mitgliedschaften.
- Änderungen und Ergänzungen bedürfen der Schriftform. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht. Teilnichtigkeit bedeutet nicht Gesamtnichtigkeit
- Bei Nichtinanspruchnahme der Kurse und/oder des Gerätetrainings besteht kein Erstattungsanspruch auf die monatlichen Mitgliedschaftsbeiträge oder die Kursgebühr. Bei Verlust der Mitgliedskarte wird eine Gebühr von 10,00 € erhoben.
- Besondere Vereinbarungen:  
Dieser Vertrag entspricht der Vorabinformation der SEPA-Richtlinien. Das Mitglied willigt in die Verkürzung der SEPA-Vorabinformationspflicht auf 2 Tage ein.
- Sonstiges:

Name:
Vorname:
Geb. am:
Straße:
PLZ/Ort:
Tel.:
E-Mail:

SEPA Basislastschrift

Gläubiger-Identifikationsnummer:

Ich ermächtige PTA Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von PTA auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung.

Kreditinstitut:

Konto-Nr.:

BLZ:

Datum, Unterschrift (Kontoinhaber, Bevollmächtigter)

Beiträge:

6 Monate 59 Euro/Monat

12 Monate: 49 Euro/Monat

24 Monate: 39 Euro/Monat

Inklusive Einweisung und regelmäßiger Kontrolle

Alle Verträge sind monatlich kündbar.

Wir berechnen dann gegebenenfalls den Differenzbetrag.

Zusätzlich berechnen wir eine Servicepauschale von 59,-€ Jahr

Darin enthalten:

- Nutzung der Chipkarte für die Trainingsgeräte
- Betreute Termine an den Geräten sooft Sie wollen

Zusätzlich:

- 10er Karte für den Gerätebereich

(inkl. Beckenbodentrainer) ab 125,-€

- Eigenständiges Training + Zirkelgruppen

- 10er Karte Beckenbodentrainer ab 85,-€

Die Betreuungspauschale für die Eingangsuntersuchung, Geräteeinweisung, Physiotherapeutische Betreuung, Fortbildungen beträgt 59,-€ / jährlich incl. Mitgliedskarte. Diese Pauschale ist eine Jahrespauschale und wird bei Kündigung nicht erstattet.

Beginn der Mitgliedschaft:

Ort, Datum, Unterschrift Antragssteller

Unterschrift, Stempel PhysioTeam