



**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.

1. 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.
2. Eine Haftung von mitgebrachter Kleidung, Wertsachen und Geld ist ausgeschlossen, es sei denn, es liegt eine grob fahrlässige Sorgfaltspflichtverletzung seitens des PTA vor.
3. Nach Ablauf der 24 Monate verlängert sich die Mitgliedschaft automatisch fortlaufend um jeweils weitere 1 Monat Grundlaufzeit.
Eine vorzeitige Kündigung ist nur mit ärztlichem Attest möglich.
4. Hiermit bestätige ich die Bedingungen der PTA Mitgliedschaft, die Hausordnung gelesen und verstanden zu haben. Die zurzeit gültige Hausordnung, Verhaltensregeln werden als verbindlich anerkannt.
5. Unsere Garantie: Das Mitglied 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.
6. Änderungen und Ergänzungen bedürfen der Schriftform. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht. Teilnichtigkeit bedeutet nicht Gesamtnichtigkeit
7. 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.
8. Besondere Vereinbarungen:

Dieser Vertrag entspricht der Vorabinformation der SEPA-Richtlinien. Das Mitglied willigt in die Verkürzung der SEPA-Vorabinformationspflicht auf 2 Tage ein.
9. 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: _____

IBAN: _____

Datum, Unterschrift (Kontoinhaber, Bevollmächtigter)

Mitgliedschaft:

- 24 Monate 29 Euro/Monat

Zusätzlich berechnen wir einmalig eine Servicepauschale von 59,-- €

Darin enthalten:

- Einweisungstermin
- Betreute Termine sooft sie wollen

Nach Ablauf der Grundlaufzeit verlängert sich die Mitgliedschaft fortlaufend um jeweils 1 Monat.

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

Beginn der Mitgliedschaft: _____

Ort, Datum, Unterschrift Antragssteller

Unterschrift, Stempel PhysioTeam