

NUTZUNGSVERTRAG Fitness

Herr/Frau
Straße/Hausnummer:
PLZ, Wohnort:
E-Mail:
Geburtsdatum: Telefon:

Praxis für Physiotherapie, Lindenstraße 15, 97789 Oberleichtersbach
Tel: 09741 93 18 00
physiotherapie-duenisch@hmx.de
www.koerpermitte.eu

Mit der Unterzeichnung dieser Vereinbarung erwirbt o. g. Person eine Mitgliedschaft im „Fitnessraum“ der Praxis für Physiotherapie für die Dauer von 12 Monaten, beginnend am **Die Mitgliedschaft verlängert sich jeweils um 12 Monate**, falls sie nicht mindestens 6 Wochen vor Ablauf von einer der Vertragsparteien schriftlich gekündigt wird. Für die Nutzung des Fitnessraums gelten die umseitig aufgeführten Bedingungen.

Erworbene Leistungen

- ☐ Fitness 19,90 € mtl.
☐ Fitness U21 16,90 € mtl.

Zahlungsweise

- ☐ Jährlicher Betrag (-10%) €
☐ Monatlicher Betrag €
☐ Sonstiges

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die Praxis für Physiotherapie Zahlungen in Höhe von € von

Raiffeisenbank Bad Brückenau / BIC: GENODEF1BRK / IBAN: DE83 790 650 280 105 513 650
Finanzamt Bad Kissingen, IDNr.: 83 795 066 422, StNr.: 205/212/70218

meinem Konto mittels Lastschriftverfahren einzuziehen. Die Zahlungsweise erfolgt, wie oben angegeben monatlich oder jährlich. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Praxis für Physiotherapie auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

Kontoinhaber/in:

Kreditinstitut:

IBAN:

BIC:

.....
Unterschrift des/der Kontoinhabers/in

Oberleichtersbach, den

.....
Unterschrift des Mitglieds/Erziehungsberechtigten

Praxis für Physiotherapie