



Mitgliedschaftsvereinbarung

Die Mitgliedschaft beginnt am: _____ für die Erstlaufzeit von (bitte ankreuzen):

Unsere Tarife

	TREUEABO 24 Monate 52,90€ Monat	Topseller VIPABO 12 Monate 62,90€ Monat	FLEXABO 3 Monate 72,90€ Monat
	für Preisbewusste und echte Erfolge	standard	für Tester und alle, die noch etwas unsicher sind
Armband / Chipkarte einmalig	19 €	19 €	19 €
Anamnese, Ersteinführung, Anpassung der Geräte	✓	99 €	129 €
Individuelle Trainingsplangestaltung auf therapeutischer Basis	✓	✓	✓
Elektronisches Training	✓	✓	✓
Hochwirksame Trainingsprogramme	✓	✓	✓
Beweglichkeitstraining	✓	✓	✓
Bezahlung über Sepa-Lastschriftverfahren	✓	✓	✓
Inkl. Covid-Aboschutz (bei Lockdown, keine Beitragsbuchung)	✓	✓	✓

Die Mitgliedschaftsvereinbarung wird zunächst auf Wunsch des Kunden über die oben angekreuzte Erstlaufzeit abgeschlossen. Nach der vertraglich vereinbarten Erstlaufzeit verlängert sich die Mitgliedschaftsvereinbarung automatisch auf unbestimmte Zeit, wobei dem Mitglied das Recht eingeräumt wird, das verlängerte Abo-Verhältnis jederzeit mit einer Frist von 4 Wochen zu kündigen. Nach der Erstlaufzeit wird das monatliche Nutzungsentgelt um 5 € erhöht. Das Mitglied kann nach der Erstlaufzeit auf Wunsch erneut eine Jahres- oder Zweijahresvereinbarung abschließen und wieder von einem Preisvorteil profitieren.

 **100 % Zufriedenheitsgarantie**

nach Vertragsabschluss ein Monat sofort kündbar*



Meine Daten

Vorname _____ Geburtsdatum _____
 Name _____ Telefon _____
 Straße _____ Mobil _____
 PLZ, Ort _____ E-Mail _____
 Krankenkasse _____
 Datum/Unterschrift _____

SEPA-Basislastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE69ZZZ00002566414**

Ich ermächtige die medimpuls Physiotherapie GmbH Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der medimpuls Physiotherapie GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen und akzeptiere die verkürzte Vorabankündigungsfrist von einem Werktag.
 HINWEIS: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber _____ Geldinstitut _____
 BIC _____ IBAN DE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
 Ort _____ Datum _____

 Unterschrift Kontoinhaber Unterschrift medimpuls Physiotherapie GmbH

Sondervereinbarungen

Ich akzeptiere die AGB der medimpuls Physiotherapie GmbH und mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass meine personenbezogenen Daten durch die medimpuls Physiotherapie GmbH verarbeitet werden.
 Unterschrift _____