

Mitgliedsvertrag Osteopathic fitness center

Name: _____

Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Mailadresse: _____

nachfolgend Vertragsnehmer genannt.

&

Osteopathic fitness center, M. Kothe, Leibnizstr. 9, 70806 Kornwestheim

nachfolgend Vertragsgeber genannt.

§1 Der Vertragsgeber stellt entsprechendes Gerät (3D Spacecurl) dem Vertragsnehmer zum Training zur Verfügung (im Rahmen unserer Öffnungszeiten). Die Überwachung erfolgt mittels **kostenpflichtiger Geräteeinweisung** (*Anzahl ist abhängig vom Koordinationszustand des Vertragsnehmers*) und **kostenpflichtiger Re-checks** (Preise: auf unserer Internetseite einsehbar) sowie kameratechnische Liveübertragung sowie eventueller Kontrollen. Die Terminierung erfolgt **unbegrenzt** über die online Terminierung t@imetable). Gebuchte und **nicht wahrgenommene Termine** werden mit **50,-€** von Ihrem Konto mit eingezogen.

§2 Für diese Leistung ist ein monatliches Entgelt per **Lastschrift** zu entrichten: **99,-€ (109,-€/12 Monate)**

§3 Dieser Vertrag läuft **24 Monate/12 Monate** und ist mit einer Frist von **3 Monaten zum Monatsende** der Vertragslaufzeit schriftlich zu kündigen. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich dieser Vertrag auf unbestimmte Zeit und ist dann jeweils zum 31.12. mit 3 Monaten Frist schriftlich zu kündigen.

§4 Der Vertragsgeber schließt die **Haftung für gesundheitliche Probleme und Krankheiten** des Vertragsnehmers ausdrücklich aus, da der Vertragsnehmer mit seiner Unterschrift versichert, dass er keine Erkrankungen hat, die der Benutzung der Geräte widersprechen würden (siehe Internetseite unserer Praxis). Die Benutzung erfolgt auf eigene Gefahr.

Ort: Kornwestheim Datum: _____ Unterschrift: _____

Ort: Kornwestheim Datum: _____ Unterschrift: _____

Datenschutzerklärung:

Gemäß Artikel 13 EU-DSGVO informieren wir Sie, dass wir personenbezogene Daten zur Terminierung, Dokumentation gemäß BGB §§ 630ff („Patientenrechtgesetz“) und Rechnungsstellung gemäß GOBD erheben. Ihre Daten werden elektronisch verarbeitet und nicht an Dritte weiter geleitet, wenn Sie nicht ausdrücklich zustimmen. Gemäß § 4a EU-DSGVO müssen Sie zu dieser Nutzung vorher einwilligen.

Ort: Kornwestheim _____ Datum: _____ Unterschrift: _____

SEPA – Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren (Ausfertigung **Zahlungspflichtiger**)

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)
Osteopathic fitness center, M. Kothe
Leibnizstr. 9
70806 Kornwestheim

Wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE02ZZZ00000627329

Mandatsreferenz

(Mandatsreferenz: Von Ihnen einzutragen und erstellt sich wie folgt: MK01122003[Anfangsbuchstaben Ihre Vor- und Nachnamens][Ihr Geburtsdatum ohne Punkte][Ausstellungsdatum ohne Punkte])

Ich/Wir ermächtige(n) Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von M. Kothe auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Land

IBAN

BIC

Ort und Datum

Unterschrift(en)

SEPA – Lastschriftmandat

für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren (Ausfertigung **Zahlungsempfänger**)

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger)
 Osteopathic fitness center, M. Kothe
 Leibnizstr. 9
 70806 Kornwestheim

Wiederkehrende Zahlungen

Gläubiger-Identifikationsnummer
 DE02ZZZ00000627329

Mandatsreferenz

(Mandatsreferenz: Von Ihnen einzutragen und erstellt sich wie folgt: MK01122003 [Anfangsbuchstaben Ihre Vor- und Nachnamens][Ihr Geburtsdatum ohne Punkte][Ausstellungsdatum ohne Punkte])

Ich/Wir ermächtige(n) Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von M. Kothe. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name)

Straße und Hausnummer

PLZ und Ort

Land

IBAN

BIC

Ort und Datum

Unterschrift(en)