Anmeldeformular

☐ **Präsenzkurs-Kurs (120,00 €)**

☐ Pilates ☐ ZirkelVital ☐ Aqua Fitness ☐ Faszien & Mobility

Teilnahme als: ☐ **Präventionskurs** ☐ **Fitnesskurs (10er Karte)**

Kursbeginn: ..... **Kurstag:** ..... **Uhrzeit:** .....

Name / Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... **E-Mail:** .....

Adresse/PLZ/Ort: .....

Telefonnummern: – *Zu Hause:* ..... – *tagsüber:* .....

Handynummer: ..... **Krankenkasse:** .....

Teilnahmebedingungen:

1. Bitte erscheinen Sie **5min** vor Kursbeginn, um evtl. organisatorische Dinge klären zu können. Bitte bringen Sie ein **großes Handtuch, bequeme sportliche Kleidung** und **Wechselschuhe** zu jedem Termin mit.
2. Die Kosten des Kurses werden per Lastschrift 2 Wochen nach Kursbeginn von Ihrem Konto eingezogen. Dazu füllen Sie bitte das umseitige SEPA-Lastschriftmandat aus.
3. Bitte haben Sie dafür Verständnis, dass der ausgewählte Kurs ab **8 Teilnehmern** startet. Sollte dies zu Kursbeginn nicht gegeben sein, wird der Kurs verschoben, bis dieser zu Stande kommt.
4. Sollten Sie am Kurs nicht teilnehmen können, melden Sie sich bitte bis **2 Wochen** vor Kursbeginn ab. Ansonsten müssen wir Ihnen den Kurs privat in Rechnung stellen.
5. Die Teilnahme an einem **Präventionskurs nach §20 SGB V** erfordert eine Teilnahme von mind. **80%**. Sollten Sie mehrfach fehlen und diese Vorgabe nicht erfüllen können, können wir Ihnen keine Teilnahmebescheinigung ausstellen, bzw. einen von der AOK ausgestellten Gutschein abrechnen. Die Kosten für den Kurs müssen Sie dann selbst tragen.

Hiermit bestätige ich die verbindliche Anmeldung am oben ausgewählten Kurs und zum beschriebenen Kursbeginn, sowie die Teilnahmebedingungen gelesen zu haben und erkenne diese an.

....

Ort/Datum **Unterschrift**

Anmeldeformular

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats zum einmaligen Einzug des Kursbetrages

Name des Zahlungsempfängers

Elithera Gesundheitszentrum Ilmenau,

Inh. Maximilian Bartenstein

Gläubiger-Identifikationsnummer

DE46ZZZ00002505815

Anschrift des Zahlungsempfängers

Am Vogelherd 10

98693 Ilmenau

Ich / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Elithera Gesundheitszentrum Ilmenau**, **Inh. Maximilian Bartenstein**, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich / wir mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Elithera Gesundheitszentrum Ilmenau**, **Inh. Maximilian Bartenstein** auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich / wir kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber: .....

Kreditinstitut: .....

BIC: .....

IBAN: .....

....

Ort/Datum **Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**