



24Stunden / 7 Tage die Woche

# Mitgliedschaft

## Vertragsangebote

- |                                    |           |  |           |
|------------------------------------|-----------|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> 12 Monate | 30 € Mtl. | <input type="checkbox"/> Schüler 12 Mon. | 25 € Mtl. |
| <input type="checkbox"/> 6 Monate  | 40 € Mtl. | <input type="checkbox"/> 1 Monat         | 50 € Mtl. |

### Im Vertrag enthalten ist:

- jederzeit trainieren zu dürfen.
- sich am Wasserhahn zu bedienen, den Kühlschrank und den Shaker benutzen zu dürfen.
- die Umkleiden und Duschen nutzen zu dürfen.

Ich unterschreibe hiermit, dass ich auf eigene Verantwortung trainiere und im Falle einer Verletzung keinen Anspruch auf Schadenersatz habe.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum / Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Wohnort

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Email

Die Mitgliedschaft beginnt am \_\_\_\_\_.

Die Mitgliedschaft verlängert sich jeweils für die Dauer von 12 weiteren Monaten, falls sie nicht unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von mindestens 3 Monaten vor dem jeweiligen Beendigungszeitpunkt schriftlich gekündigt wird. Maßgeblich ist der Zugang der Kündigungserklärung.

Falls ein 24/7 Vertrag gewählt wurde, erlischt der alte Vertrag mit der neuen Unterschrift.

**AGB's gelesen und akzeptiert:** \_\_\_\_\_

(Vorher zum lesen ausgehändigt und jederzeit unter [www.befitstudio.de/KONTAKT/AGB](http://www.befitstudio.de/KONTAKT/AGB) nachzulesen)

\_\_\_\_\_  
Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Vertragsnehmer(gesetzlicher Vertreter)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Trainer BeFIT



Gläubiger Identifikationsnummer : DE56FIT00001767853

Mandatsreferenz : \_\_\_\_\_

### **Sepa-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige das BeFiT Gesundheitsstudio Hajo Otto. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an die vom BeFiT Gesundheitsstudio Hajo Otto 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.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer und Wohnort

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name und BIC)

DE \_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort und Unterschrift

**Mit dieser Unterschrift akzeptieren sie die Datenschutzbedingungen des BeFiT Gesundheitsstudio's, die sie einmal gelesen haben und jederzeit bei uns im Studio einsehen können.**

\_\_\_\_\_  
**Datum/Ort/Unterschrift**