



Mitgliedschaft

24 Stunden / 7 Tage die Woche

24 / 7 Angebote

- | | | | |
|------------------------------------|-----------|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> 12 Monate | 38 € Mtl. | <input type="checkbox"/> Schüler 12 Mon. | 33 € Mtl. |
| <input type="checkbox"/> 6 Monate | 48 € Mtl. | <input type="checkbox"/> 1 Monat | 58 € Mtl. |

14 / 7 Angebote (von 0:00 - 14:00 Uhr)

- | | | | |
|------------------------------------|-----------|----------------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> 12 Monate | 28 € Mtl. | <input type="checkbox"/> 6 Monat | 38 € Mtl. |
|------------------------------------|-----------|----------------------------------|-----------|
- (Rehasport hat die gleichen Preise wie 14/7, können es aber 24/7 nutzen)

Im Vertrag enthalten ist:

- zu den gewählten Konditionen zu trainieren, an jedem Tag im Jahr.
- den Wasserspender, 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

E-Mail

Die Mitgliedschaft beginnt am _____. Die Mitgliedschaft verlängert sich jeweils um 1 Monat, falls sie nicht unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von mindestens 1 Monat vor dem jeweiligen Beendigungszeitpunkt schriftlich oder per Mail gekündigt wird. Maßgeblich ist der Zugang der Kündigungserklärung.

Die Service- und Aufnahmepauschale beträgt einmalig 40 €. (inkl. Armband und eGym Einstellungen)

AGB's gelesen und akzeptiert: _____

(Mit dem Kunde besprochen und jederzeit unter 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