



Therapiezentrum Lange Herzogstraße GmbH
Geschäftsführer: Jens Krüger
Lange Herzogstraße 50
38300 Wolfenbüttel
Tel: 05331/984664

Anmeldung 6 Wochen Probetraining

Frau / Herr _____

Beruf _____ Geboren _____

PLZ / Wohnort _____ Straße _____

Telefon _____ Krankenkasse _____

verpflichtet sich mit der Unterschrift unter dieser Anmeldung zu einer Mitgliedschaft im Therapiezentrum Lange Herzogstraße GmbH unter den folgenden Bedingungen.

Die Mitgliedschaft beginnt am _____

Endet nach 6 Wochen am _____

Die Einmalzahlung beträgt 45 €

Der Betrag wird von dem Konto: _____

Nummer _____

BLZ _____

Institut _____

Der Betrag wurde Bar entrichtet am: _____

Der Vertragsschließende hat das Recht, innerhalb einer Woche ohne Folgekosten vom Vertrag zurückzutreten bzw., ihn zu widerrufen. Der Vertrag endet nach Ablauf der 6 Wochen automatisch.

Das Mitglied hat das Recht, den Gerätepark, die Umkleieräume, die Dusch- und Toilettenräume, sowie den Warte- und Entspannungsbereich zu nutzen.

Die Nutzung kann ausschließlich während der ausgewiesenen Öffnungszeiten stattfinden.

Alle Änderungen, Aussetzungen oder Kündigungen bedürfen der Schriftform.

Für Schäden, die durch Verschulden des Mitglieds in den Räumen oder der Einrichtung entstehen, haftet das Mitglied im vollen Umfang.

Wolfenbüttel, den _____ Unterschrift _____

Bankverbindung : Therapiezentrum Lange Herzogstraße GmbH
Kontonummer 0006476864 BLZ 27090618 Deutsche Apotheker und Ärztebank