



Vertragslaufzeit 4 Wochen

Vital 49,90 €

Die Mitgliedschaft ist befristet und läuft nach der vereinbarten Laufzeit automatisch aus.
Eine schriftliche Kündigung ist nicht erforderlich.

Der Therapeutencheck hat einen Preis von **19,90 €** (Bitte Rücksprache am Tresen).

Eintrittsdatum ____ . ____ . **20**____ (Jeweils zum 1. oder 15. des Monats)

Sondereinbarung: _____

**Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft VitalCentrum Hamburg zu den
Allgemeinen Geschäftsbedingungen (siehe Aushang).**

Name * _____

Vorname* _____

Straße / Nr.* _____

PLZ / Ort* _____

Telefon-Nr.* _____ / _____ Handy _____ / _____

Geburtsdatum ____ . ____ . ____

Mail _____

Geschlecht männlich weiblich

* Pflichtangaben; alle Angaben ohne Kennzeichnung sind freiwillig (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Die Zahlung des Mitgliedsbeitrages erfolgt bei Vertragsabschluss in bar oder per EC-Karte.

X **Unterschrift des Antragsstellers***
(Bei Minderjährigen Erziehungsberechtigten)

Unterschrift VitalCentrum HH
RehaCentrum Hamburg GmbH

HH, den _____

HH, den _____

(Ort/ Datum/ Unterschrift)

(Ort/ Datum/ Unterschrift/Stempel)

Dateiname: RCHH-FO Mitgliedschaft VitalCentrum 4 Wochen-03-0
Ersteller: Frau Jahn, Herr Grotkopp
Freigabe: Frau Jahn

Seite: 1 von 1
Erstelldatum: 13.07.2020
Freigabedatum: 13.07.2020