

#### RehaCentrum Hamburg GmbH, VitalCentrum Medizinisches Training

☐ Standort 1: Heidenkampsweg 41, 20097 Hamburg

Telefon: 0 40/25 30 63 810

☐ Standort 2: Martinistraße 66, 20246 Hamburg Telefon: 0 40/25 30 63 100 St.-Nr.: 11/296/70484

# Mitgliedschaft VitalCentrum Sonderkonditionen Paartarif

Seite:

Erstelldatum:

Freigabedatum:

1 von 2

01.03.2016

01.03.2016

Formular

Kapitel 01 Centrumsstruktur Behandlungsverträge

# **Sondervertrag Paartarif**

Bitte Zutreffendes ankreuzen			
	Mindestvertragslaufzeit 12 Monate		
	☐ Mitgliedschaft Vital Gold 34,90 € / Monat		
Die Mitgliedschaft kann mit einer 4-wöchigen Frist nach Ablauf der Mindestvertragslaufzeit schriftlich gekündigt werden.			
Die Aufnahmegebühr beträgt einmalig 29,90 € und beinhaltet auch den Therapeutencheck			
Eintrittsdatum 20 (Jeweils zum 1. oder 15. des Monats)			
Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft VitalCentrum zu den Allgemeinen Geschäftsbedingungen (siehe Aushang).			
	Name *		
	Vorname*	<del></del>	
	Straße / Nr.*		
	PLZ / Ort*		
	Telefon-Nr.*/ Handy		
	Geburtsdatum		
	Geschlecht □ männlich □ weiblich		
1	* Pflichtangaben; alle Angaben ohne Kennzeichnung sind freiwillig (Bitte	in Druckbuchstaben ausfüllen)	
	Unterschrift des Antragsstellers* (Bei Minderjährigen Erziehungsberechtigten)	Unterschrift VitalCentrum RehaCentrum Hamburg GmbH	
		Bad Bramstedt, den i.A.	
(	(Ort/ Datum/ Unterschrift)	(Ort/ Datum/ Unterschrift/Stempel)	

Dateiname: RCHH-FO Mitgliedschaft VitalCentrum Sonderkondition Paartarif-01-0.docx

Ersteller: Freigabe:

Petra Otto, Ass. GL Uwe Hamann, Konzerndirektor

© RehaCentrum Hamburg

Alle Rechte vorbehalten. Nutzung, Vervielfältigung, Weitergabe und Speicherung nur mit ausdrücklicher Genehmigung.



#### RehaCentrum Hamburg GmbH, VitalCentrum Medizinisches Training

☐ Standort 1: Heidenkampsweg 41, 20097 Hamburg

Telefon: 0 40/25 30 63 810

### Sonderkonditionen Paartarif Formular Kapitel 01 Centrumsstruktur

Mitgliedschaft VitalCentrum

Telefon: 0 40/25 30 63 100 St.-Nr.: 11/296/70484

☐ Standort 2: Martinistraße 66, 20246 Hamburg

Behandlungsverträge

2 von 2

# SEPA-Lastschriftmandat (auszufüllen vom Kontoinhaber)

Ich ermächtige die RehaCentrum Hamburg GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der RehaCentrum Hamburg GmbH 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 des <b>Kontoinhabers</b>	
Name des Kreditinstitutes	
IBAN: DE	
BIC:	
Ort, Datum, Unterschrift des <b>Kontoinhabers</b>	
ort, Datum, onterscrime des <b>Rontonniabers</b>	
☐ Kontoinhaber entspricht dem Vertragsinhaber	
☐ Kontoinhaber entspricht <u>nicht</u> dem Vertragsinhaber <i>(Dann bit</i>	tte folgende Angaben vervollständigen)
Anschrift des Kontoinhabers:	
(Straße, Hausnummer)	
(PLZ, Ort)	
DIESES SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT GILT FÜR DEN VERTRAG M	
	(Vorname und Name des Vertragsinhabers)
Ort. Datuma Hatawashvift das Mautus valishahava (5 i.u. 1 iii.	
Ort, Datum, Unterschrift des <b>Vertragsinhabers</b> (Bei Minderjährigen	rzienungsberechtigten)
Die gesetzlich vorgeschriebene Pre-Notification/Vorabankündiguerstmaligen Abbuchung.	ng erhalten Sie spätestens 3 Tage vor der

Dateiname: RCHH-FO Mitgliedschaft VitalCentrum Sonderkondition Paartarif-01-0.docx Seite: 01.03.2016 Ersteller: Petra Otto, Ass. GL Erstelldatum:

Freigabe: Uwe Hamann, Konzerndirektor Freigabedatum: 01.03.2016