

Anmeldung

Name: _____ Vorname: _____

Kickbox Aerobic 10x

Ab Datum Kursbeginn: _____ Kurstag: _____ Uhrzeit: _____

**In den Sport- und Gymnastikräumen vom TheraFitZentrum 2.0,
Alte Kiesgrube 17, 88326 Aulendorf**

Hiermit melde ich mich verbindlich zu oben genanntem Kurs an.

Die Kursgebühr beträgt

- ☐ 100,-- € mit Krankenkassenbescheinigung / Neuanmeldung
- ☐ 92,-- € für fortlaufende Wiederanmeldung **ohne** Krankenkassenbescheinigung

Die Kursgebühr bitte ich von u. g. Konto abzubuchen. Sie ist fällig zu Beginn des Kurses.

Unterschrift

Tel.

E-mail

SEPA-Lastschriftsmandat

Gläubiger Identifikationsnummer DE82ZZZ00000867710	Mandatsreferenz
---	-----------------

Ich/Wir ermächtigen **Jürgen Melzer, TheraFit Zentrum Aulendorf, Bachstr. 7, 88326 Aulendorf**
Zahlungen von meinem/unseren Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von
Jürgen Melzer (Zahlungsempfänger) auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unseren Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
IBAN DE	
BIC	Kreditinstitut
Ort, Datum	Unterschrift

Hiermit stelle ich den Veranstalter von sämtlichen Haftungsansprüchen frei, sofern diese nicht über die gesetzliche Haftpflicht gedeckt sind. Eingeschlossen sind hiermit sämtliche unmittelbaren und mittelbaren Schäden, sowie sämtliche Ansprüche berechtigter Dritter auf Grund erlittener Verletzungen. Dies gilt nicht, falls Schäden auf grob fahrlässiges oder vorsätzliches Handeln der Veranstalter, Ausrichter oder Helfer zurückzuführen sind.

Im Falle einer Verhinderung oder Krankheit etc. besteht kein Anspruch auf Ersatz oder Rückerstattung.

Tel.: 07525/911100

Fax.: 07525/9243257

Mail.: therafit.melzer@gmail.com

Einwilligungserklärung in die Datenverarbeitung



von
Frau/Herrn

Name, Vorname

Anschrift

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Ich bin einverstanden, dass durch die Praxis **TheraFit Zentrum Aulendorf** meine Daten zur Pflege der Kontaktdaten und zur Übermittlung von Informationen zu Aktionen und Veranstaltungen vom TheraFit Zentrum Aulendorf erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

- Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die im Rahmen der vorstehenden genannten erhobenen persönlichen Daten meiner Person unter Beachtung des DSGVO und BDSG verarbeitet, genutzt und übermittelt werden.
- Ich bin jederzeit berechtigt, Auskunft über die zu meiner Person gespeicherten Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner personenbezogener Daten zu verlangen.
- Ich bin jederzeit berechtigt, mit Wirkung für die Zukunft diese Einwilligungserklärung zu widerrufen.

Im Falle eines Widerrufs ist der Widerruf zu richten an:

TheraFit Zentrum Aulendorf
Bachstr. 7
88326 Aulendorf

Ort, Datum

Unterschrift