Anmelaung	Name:	Vorname:
Jumping Fitness 10)x	
Ab Datum Kursbeginn: _	Kurstag	:Uhrzeit:
In den Sport- und	d Gymnastikräumer Poststr. 26, 883	vom TheraFit Zentrum Aulendorf, 326 Aulendorf
Hiermit melde ich mich ver	rbindlich zu oben ger	nannten Kurs an.
	e Wiederanmeldung	g / Neuanmeldung ohne Krankenkassenbescheinigung uchen. Sie ist fällig zu Beginn des Kurses.
Unterschrift	Tel.	E-mail
SEPA-Lastschriftsmandat		
Gläubiger Identifikationsnummer DE82ZZZ	00000867710	Mandatsreferenz
Ich/Wir ermächtigen Jürgen Melzer, TheraFit Z Zahlungen von meinem/unseren Konto mittels Lastschrif Jürgen Melzer (Zahlungsempfänger) auf mein/unser Ko Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von acht Woche Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Kontoinhaber (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, IBAN DE BIC	t einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein nto gezogenen Lastschriften einzulösen. n, beginnend mit dem Belastungsdatum, die	
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
Ort, Datum	Unterschrift