

Mitgliedsvertrag

Nr.:

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Gesundheitszentrum

Glandorf

Rund um Ihre Gesundheit

360°

E-Mail: gesundheitszentrum-glandorf@web.de

Geschäftsführer
Barbara Fentker
Norbert Fentker

Schulstraße 11a
49219 Glandorf

Telefon
05426-933211

Fax
05426-806171

Ich nehme folgende Vertragsoptionen in Anspruch:

- Easy 12 + Aqua Fit**
Diese Mitgliedschaft hat eine Laufzeit von 12 Monaten.
Nutzung des Schwimmbades, Cardiotraining und Krafttraining
Monatlicher Beitrag 45,99 €
- Easy 24**
Diese Mitgliedschaft hat eine Laufzeit von 24 Monaten.
Nutzung von Cardiotraining und Krafttraining
Monatlicher Beitrag 24,99 €
- Easy Classic**
Diese Mitgliedschaft hat eine Laufzeit von 12 Monaten.
Nutzung von Cardiotraining und Krafttraining
Monatlicher Beitrag 29,99 €
- Easy Kids**
Diese Mitgliedschaft hat eine Laufzeit von 12 Monaten.
Für Kinder und Jugendliche von 13-16 Jahre.
Nutzung von Cardiotraining und Krafttraining
Monatlicher Beitrag 15,00 €

- Easy VIP**
Diese Mitgliedschaft hat eine unbegrenzte Laufzeit.
Nutzung von Cardiotraining, Krafttraining und Kurse
Monatlicher Beitrag 41,00 €
- 10er Karte**
Die 10er Karte ist auf drei Monate befristet.
Nutzung von Cardiotraining, Krafttraining.
Gebühr: 45,00 €
- Easy Reha**
Diese Mitgliedschaft endet nach Ablauf der Reha-Verordnung.
Nutzung von Cardiotraining, Krafttraining
Monatlicher Beitrag 22,90 €
Laufzeit beträgt 2 Jahre
Beginn innerhalb von 3 Monaten nach Ablauf
des Reha-Vertrages

Beginn der Mitgliedschaft: _____

Durch diesen Vertrag erhalte ich das Recht, die vom Gesundheitszentrum Glandorf 360° zur Verfügung gestellten Einrichtungen während der Geschäftszeiten in beliebigen Umfang zu nutzen. Die Mitgliedsbeiträge und die umseitige Clubordnung sind mir bekannt. Wenn dieser Vertrag nicht spätestens 3 Monate vor Ablauf schriftlich gekündigt wird, verlängert sich die Laufzeit um jeweils 1 Jahr.

Unterschrift / Mitglied

Hiermit ermächtige ich das Gesundheitszentrum Glandorf 360° meine Mitgliedsbeiträge einzuziehen.

Konto-Nr.: _____

Bankleitzahl: _____

Kreditinstitut: _____

Datum: _____

Unterschrift / Gesundheitszentrum Glandorf 360°

Unterschrift / Mitglied

Bei Minderjährigen gesetzlicher Vertreter