medicoreha
AMBULANTE FACHKLINIKEN FÜR REHABILITATION

VERTRAG

über die Teilnahme am Physiotherapeutischen Aufbautraining (PAT) zwischen

der **medicoreha Welsink Rehabilitation GmbH** (im Folgenden **„medicoreha“** genannt) und dem **Teilnehmer**:

Name, Vorname _____ **Geburtsdatum** ____.___._____

Geschlecht m ☐ w ☐

Straße, Hausnr. _____ **Telefon** _____

PLZ, Wohnort _____ **Mobil** _____

E-Mail _____

Hiermit erkläre ich meine Teilnahme am Physiotherapeutischen Aufbautraining bei medicoreha und erhalte damit die Möglichkeit, innerhalb der offiziellen Öffnungszeiten laut Aushang zu trainieren.

Ich entscheide mich für folgendes PAT-Angebot:

☐ **12 Monate Mindestlaufzeit*** zum Preis von 59,- € im Monat

☐ **12 Monate Mindestlaufzeit*** bei Vorauszahlung mit 4% Rabatt (679,68 € anstatt 708,- €)

Sonstige einmalige Leistungen und Tarife

☐ Erstellung physiotherapeutischer Eingangsbefund durch medicoreha [39,-] €

☐ _____ [ ] €

Für dieses Vertragsverhältnis gelten ergänzend unsere umseitig aufgeführten Allgemeinen Geschäftsbedingungen sowie die nebenstehende SEPA-Vereinbarung.

Die Laufzeit beginnt am _____

Hinweis zum Datenschutz (ohne Zustimmung dürfen wir Ihre Daten nicht verarbeiten): Ihre Daten werden zur Verarbeitung in unserem EDV-System gespeichert und nicht an Dritte weitergegeben. Sie haben jederzeit das Recht auf unentgeltliche Auskunft über Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten, deren Herkunft und Empfänger und den Zweck der Datenverarbeitung sowie ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung dieser Daten.

☐ **(bitte ankreuzen)** Ich willige in die Speicherung meiner Daten ein

☐ Sonstige Vereinbarungen

_____

_____

_____

medicoreha Welsink Rehabilitation GmbH

Preußenstraße 84a
41464 Neuss

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE81ZZZ00000485451**

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

SEPA-Lastschriftmandat

☐ **(bitte ankreuzen)** Ich ermächtige die medicoreha Welsink Rehabilitation GmbH, Zahlungen, bzw. eine einmalige Zahlung, je nach Vertragsart, von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der medicoreha Welsink Rehabilitation GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften, bzw. die gezogene Lastschrift einzulösen. Die Vorabinformation über die SEPA-Lastschrift wird auf 3 Banktage verkürzt.

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.

_____ _____
Name, Vorname Kontoinhaber — Kreditinstitut (Name)

_____ _____ | _____
Straße & Hausnummer — Kreditinstitut (BIC)

_____
PLZ & Ort

DE ____ | _____ | _____ | _____ | _____ | ____
IBAN

_____
Datum, Ort & Unterschrift

--------Bei abweichendem Vertragspartner bitte ausfüllen--------

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für den Vertrag mit

_____
Name, Vorname

Datum, Unterschrift Teilnehmer bzw. gesetzlicher Vertreter