

VERTRAG

über die Teilnahme am **Physiotherapeutischen Aufbautraining (PAT)** zwischen der medicoreha Dr. Welsink Rehabilitation GmbH (im Folgenden „**medicoreha**“ genannt) und dem Teilnehmenden:

Name, Vorname _____ Straße, Hausnr. _____ PLZ, Wohnort _____ E-Mail _____	Geburtsdatum _____ Geschlecht m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> Telefon _____ Mobil _____
--	---

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 71,- €/Monat (*Faire Kündigungsregelung, siehe AGB Punkt 1)

☐ **12 Monate Mindestlaufzeit*** bei Vorauszahlung mit 4% Rabatt (817,92 € anstatt 852,- €) (*Faire Kündigungsregelung, siehe AGB Punkt 1)

Sonstige einmalige Leistungen und Tarife

☐ Erstellung physiotherapeutischer Eingangsbefund durch medicoreha 47,- €

☐ _____ €

Für dieses Vertragsverhältnis gelten ergänzend unsere „Allgemeinen Geschäftsbedingungen PAT“ 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 Dr. Welsink Rehabilitation GmbH

Preußenstr. 84a
41464 Neuss

Gläubiger-Identifikationsnummer: **DE81ZZZ00000485451**
Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

SEPA-Lastschriftmandat

☐ (bitte ankreuzen) Ich ermächtige die medicoreha Zahlungen, bzw. eine einmalige Zahlung, je nach Vertragsart, von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der medicoreha 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 _____