

Mitgliedsvereinbarung

Hiermit erkläre ich meine Mitgliedschaft im **Vierländer Therapiezentrum** und erhalte damit die Möglichkeit, die Trainingseinrichtung zu nutzen. Die Mitgliedschaft ruht bei nachgewiesener, das Training ausschließender Krankheit ab vier Wochen und bei Schwangerschaft. Bei attestierten Krankheitsfällen ab vier Wochen erfolgt eine entsprechende Zeitgutschrift nach Ablauf der Mitgliedschaft. Die Mitgliedschaft verlängert sich automatisch um die in Anspruch genommene beitragsfreie Zeit. Das **Vierländer Therapiezentrum** übernimmt keine Haftung für den Verlust mitgebrachter Kleidung, Wertgegenstände oder von Geld.

Bei Unfällen mit Personenschäden haftet das **Vierländer Therapiezentrum** nur für schuldhafte Pflichtverletzungen, bei sonstigen Schäden nur für grobes Verschulden. Die Mitgliedschaftsvereinbarung wird zunächst auf Wunsch des Kunden auf _____ Monate abgeschlossen.

Sie verlängert sich jeweils automatisch um sechs Monate, wenn nicht eine der Vertragsparteien vier Wochen vor dem Zeitpunkt des Ablaufs der Mitgliedschaftsvereinbarung schriftlich kündigt. Die Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt, ebenso wie das Recht zur Kündigung wegen einer von (Inhaber) zu vertretenden Pflichtverletzung.

Der Betrag wird monatlich abgebucht. Gerät das Mitglied mit mehr als einem Monatsbeitrag in Verzug, so werden die gesamten restlichen Monatsbeiträge bis zum Ende der Mitgliedschaft sofort zur Zahlung fällig. Bei Erhöhung der gesetzlichen Mehrwertsteuer erfolgt eine automatische Beitragsanpassung. Angleichungen, die zu einer Erhöhung des Mitgliedsbeitrages am Ende der Erstlaufzeit führen, behält sich die Einrichtung vor.

Sonderevereinbarungen:

Vorname _____

Nachname _____

Straße _____

Postleitzahl, Ort _____

Land _____

Beruf _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

E-Mail _____

Beginn der Mitgliedschaft _____

Folgende Leistungen werden vereinbart:

- 24 Monate Laufzeit 49€ / Monat *zuzgl. Startpaket, Chipkarte, Brustgurt*
- 12 Monate Laufzeit 59€ / Monat *zuzgl. Startpaket, Chipkarte, Brustgurt*
- 6 Monate Laufzeit 69€ / Monat *zuzgl. Startpaket, Chipkarte, Brustgurt*
- 10er Karte 99€ *zuzgl. Startpaket, Chipkarte, Brustgurt*
- Startpaket (Aufnahme Check – BodyAge/Einweisung) 39,00€
- Chipkarte (einmalig) 10 €
- Polar Brustgurt (einmalig) 29 €

Alle Preise inkl. MwSt.

_____ Datum/Ort _____ Unterschrift Mitglied

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige das Vierländer Therapiezentrum widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen. Bei Rücklastschrift mangels Deckung entstehen zusätzlich Gebühren in Höhe von 7,50 €. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Vierländer Therapiezentrum auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belastenden Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Gläubiger – Identnummer: 41ZZZZ00002046319

Mandat – Referenznummer: _____

Kontoinhaber: _____

Geldinstitut: _____

IBAN: DE

BIC:

Einmalige Zahlung: _____

Datum des Einzuges: _____

Wiederkehrende Zahlung: _____

Datum des ersten Einzuges: _____

Ich habe die rückseitigen Informationen und Datenschutzbestimmungen gelesen und akzeptiert.

_____ Datum / Unterschrift Kunde

_____ Datum / Unterschrift Kontoinhaber

Einwilligung in die Datenverarbeitung bei Nutzung der milon Trainingsgeräte

Verarbeitete Daten

Ich bin damit einverstanden, dass die folgenden Daten über mich vom Vierländer Therapiezentrum und/oder der milon Care GmbH erhoben, verarbeitet und genutzt werden:

- Meine Stammdaten, die vom **Vierländer Therapiezentrum** erhoben wurden (Name, Geburtsdatum, Adresse und Kontaktdaten) und Laufzeit meines Trainingsvertrages.
- Trainingsdaten (Einstellungen der Trainingsgeräte und bei der Nutzung der Geräte erhobene Daten wie Zeit und Umfang des Trainings)
- Gesundheitsbezogene Daten, die im Rahmen von Gesundheitsuntersuchungen erhoben wurden oder die ich der Praxis mitgeteilt habe (Größe, Gewicht, Blutdruck, Verletzungen, Medikamente und Ähnliches)

Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung dient der Planung und Optimierung meines Trainings durch Mitarbeiter der Praxis und der automatischen Wahl der Einstellung meiner Trainingsgeräte. Auf meine Daten kann ich in jeder teilnehmenden Praxis durch die Nutzung der milon Trainingsgeräte zugreifen. Zudem ist geplant, dass ich meine Daten zu einem späteren Zeitpunkt auch über das Internet selbst einsehen kann. Gesundheitsbezogene Daten werden in keinem Fall an Dritte weitergegeben oder für Werbung oder Markt- und Meinungsforschung verarbeitet und genutzt. Für statistische Zwecke werden meine Daten nur in anonymisierter Form verwendet. Meine Daten werden unverzüglich nach Beendigung meines Trainingsvertrages gelöscht oder gesperrt.

Meine Rechte

Ich kann jederzeit nach § 34 Bundesdatenschutzgesetz Auskunft über die über mich gespeicherten Daten verlangen. Ansprechpartner ist der Datenschutzbeauftragte der milon Care GmbH, An der Laugna 2, 86494 Emersacker.

Mit meiner Unterschrift auf der Vorderseite, bestätige ich diese Informationen gelesen zu haben und akzeptiere diese im Umfang dieses .