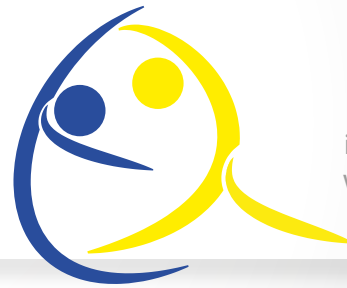


TOP FIT

Tanz & Aerobic



Beuneweg 15
35315 Homberg (Ohm)
Tel. 06633 - 642715
info@topfit-homberg.de
www.topfit-homberg.de

Anmeldung zum Aerobic- und Gesundheitstraining

Name des Teilnehmers

Geburtsdatum

Strasse

PLZ/ ORT

Telefon

Monatsbeitrag: _____

Der Teilnehmer akzeptiert im Rahmen dieser Anmeldung folgende vertragliche Vereinbarung zwischen:

TOP FIT GbR und _____
Name des Teilnehmers

Der Teilnehmer erwirbt das Recht zur Teilnahme am Aerobic- und Gesundheitstraining ab Vertragsabschluss.

Der Unterricht findet wöchentlich statt und beträgt ca. 60 Minuten pro Unterrichtsstunde.

Der Vertrag läuft auf unbestimmte Zeit und kann bis zum 20. eines jeden Monats, zum Ablauf des nächsten Monats gekündigt oder geändert werden. Der Teilnehmer ist verpflichtet eine Kündigung schriftlich mitzuteilen.

Eine Änderung kann mündlich erfolgen.

Die Unterrichtsgebühr beträgt 25.- Euro monatlich bei einer Wochenstunde.
30.- Euro monatlich bei zwei Wochenstunden.

Bei einem Monatsbeitrag von 37.-Euro kann der Teilnehmer beliebig viele Kurse besuchen.

Besondere Regelungen gelten für Teilnehmer aus einem Haushalt, dann beträgt die monatliche Unterrichtsgebühr pro Person 23.-Euro, wenn die Unterrichtsgebühr nicht schon ermäßigt ist. Fällt ausnahmsweise eine Stunde seitens der Trainingsleitung oder wegen geringer Beteiligung aus, kann der Monatsbeitrag nicht gekürzt oder zurückgefordert werden.

Ist der Teilnehmer durch Urlaub oder Sonstiges verhindert, ist er nicht berechtigt den Monatsbeitrag zu kürzen oder zurückzufordern.

Der Teilnehmer erklärt außerdem, dass ihm keine gesundheitlichen Umstände bekannt sind, auf Grund derer gymnastische Übungen ein Risiko für ihn bedeuten könnten. Den Umfang der Teilnahme an den einzelnen Übungen bestimmt jeder Teilnehmer selbst. Für evtl. Verluste, Unfälle od. Verletzungen, für die der Aerobicunterricht nicht verantwortlich war, ist eine Haftung ausgeschlossen. Der Vertrag ist nicht auf andere Personen übertragbar.

Datum

Unterschrift des Teilnehmers

SEPA Lastschriftmandat: Ich ermächtige die TOP FIT GbR, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der TOP FIT GbR auf mein Konto gezogene Lastschriften einzulösen. 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 des Kreditinstituts

_____/_____
BIC

DE ____/____/____/____/____/____
IBAN

Datum, Ort und Unterschrift