

# Anmeldung VioVital-Kurs, 10er- Karte Präventionsmaßnahme nach § 20 SGB V

Firma VioVital, Inhaberin Frau Violetta Minx, Garnstraße 36, D- 14482 Potsdam,

Homepage: www.viovital.de, E-Mail: service@viovital-potsdam.de

Tel.: 0331-58 51 787, Mobil: 0179 - 44 333 12, Fax.: 03212 - 10 771 63

**Persönliche Sprechzeiten** bei VioVital Donnerstag von 13.00 - 15.00 Uhr

**Telefonische Sprechzeiten** bei VioVital Mo. 07.00 – 16.00 Uhr | Do. 07.00 – 16.00 Uhr.

Ich möchte mich zu folgendem Kurs(e) **verbindlich** anmelden:

**Kurs/Workshop:** \_\_\_\_\_ **Kursbeginn:** \_\_\_\_\_ **Ort:** Garnstraße 36, 14482 Potsdam

**Tag:** \_\_\_\_\_ **Uhrzeit:** \_\_\_\_\_ Ich bin bei der \_\_\_\_\_ Krankenkasse versichert.

**Vorname:** \_\_\_\_\_ **Name:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Straße, Nr.:** \_\_\_\_\_ **PLZ, Wohnort:** \_\_\_\_\_

**Telefon:** \_\_\_\_\_ **e-Mail:** \_\_\_\_\_

**Ort, Datum:** \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die folgenden Anmeldebedingungen an und bestätige meine gesundheitliche Tauglichkeit. Siehe auch Gesundheitsfragebogen.

## **Anmeldebedingungen sowie Ablauf eines Kurses:**

- Sie sichern sich Ihren Kursplatz nach vollständiger Überweisung der Kursgebühr in Höhe von 129,00 €. Bei Erhalt der Anmeldebestätigung überweisen Sie bitte die Kursgebühr auf folgendes Konto: **Frau Violetta Minx, MBS Potsdam, Kto.: 450 200 40 60, BLZ: 160 50 000** unter Angabe Ihres Namens, Kurs, Kurstag, -zeit und der mitgeteilten Rechnungsnummer als Verwendungszweck. Sie können auch bar bezahlen.
- Mit Ihrer Anmeldung bestätigen Sie, dass bei Ihnen keine gesundheitlichen Bedenken gegen eine Teilnahme am Kursprogramm vorliegen. Die Firma VioVital übernimmt keine Haftung. Wir bitten Sie dem Trainer vor Kursbeginn bzw. während einer Übung ein Unwohlsein zu melden.
- Ein Rücktritt ist bis 14 Tage vor Kursbeginn möglich. Bei späterer Abmeldung wird der gesamte Preis in Höhe von 129,00 € einbehalten, falls keine Ersatzperson gestellt wird.
- Falls der Kurs ausgebucht ist oder nicht stattfindet wird ein Ersatzkurs angeboten. Ein Ersatzkurs ist Kulanz von der Firma VioVital und stellt keine Gewährleistung dar.
- Sollte Ihnen die Teilnahme an einer Kursstunde nicht möglich sein (z. B. Urlaub, Krankheit, höhere Gewalt oder sonstige Ausfälle), bitten wir um eine Abmeldung mindestens 48 Stunden vor dem Kurstermin, ansonsten verfällt Ihnen diese Kurseinheit. Auch ein Ersatztermin ist Kulanz von der Firma VioVital und stellt keine Gewährleistung dar.
- Bei Abbruch eines begonnenen Kurses, aus gesundheitlichen Gründen, wird die Hälfte der Kursgebühr für die nicht besuchten Kurseinheiten zurückerstattet. Dazu ist ein ärztliches Attest nötig. Bei Nichterscheinen zu einer Kursstunde ist eine Rückzahlung oder Gutschrift, unabhängig von Gründen, ausgeschlossen.
- Nach einem 10-Wochenkurs erhalten Sie eine Teilnahmebestätigung. Die Rechnung ist keine Teilnahmebestätigung. Clubmitglieder bekommen eine Teilnahmebestätigung, wenn sie eine 10-Wochenkarte buchen.
- Nach Beendigung eines 10-Wochenkurses bieten wir Ihnen eine Mitgliedschaft im „VioVitalClub“ an. Sie sparen 25% der Kursgebühr gegenüber einer 10er Karte. Die Kündigungsfrist im „VioVitalClub“ beträgt drei Monate und muss schriftlich erfolgen.
- Rehasport und Funktionstraining für Kinder und Erwachsene, nach §44 SGB IX mit Verordnung vom Arzt, können Sie bei uns mit Nutzungsvertrag und Beratungsprotokoll durchführen. Ein Rezept bekommen Sie bei Frau Violetta Minx.



Vielen Dank für Ihre Kursbuchung.

Wir freuen uns auf Ihr Kommen. Das **VioVital-Team** wünscht Ihnen viel Spaß im Kurs.

**Es gibt nichts Gutes, es sei denn man tut es!** (E. Kästner)

## **Quittung für VioVital**

Die Kursgebühr in der Höhe von \_\_\_\_\_ € hat VioVital von \_\_\_\_\_ Name, Vorname für \_\_\_\_\_ erhalten. Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_  
Kurs/Workshop \_\_\_\_\_ VioVital \_\_\_\_\_

## **Quittung für den Teilnehmer**

Die Kursgebühr in der Höhe von \_\_\_\_\_ € hat \_\_\_\_\_ Name, Vorname für \_\_\_\_\_ bezahlt.  
Kurs/Workshop \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_ Stempel VioVital \_\_\_\_\_