



Wunschtermin:

## Physio & POWER

Justinus-Kernerstr. 6 • 75365 Calw • Tel:07051-9550485 • Fax:07051-9550621 • info@physioundpower.de

### POWER-Training Anmeldeformular

Hiermit meldet sich Herr/ Frau

Name Teilnehmer, Adresse und **Telefonnummer**

bei Physio & Power zum Power-Training ab dem .....20..... an.

<input type="checkbox"/>	<b>Beginner</b>	1x pro Woche	4x im Zeitraum von 4Wochen	<b>48€</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Amateur</b>	1-2x pro Woche	6x im Zeitraum von 4Wochen	<b>72€</b>
<input type="checkbox"/>	<b>Profi</b>	2x pro Woche	8x im Zeitraum von 4Wochen	<b>96€</b>

**Mindestlaufzeit des Power-Trainings beträgt ab dem Abschlussdatum drei Monate. Anschließend verlängert sich der Power-Training-Vertrag um jeweils einen Kalendermonat.  
Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Monatsende.**

Zudem hat sich der Patient entschieden eine **Startanalyse von 90min für einmalig 80€** vor Beginn seines Trainings durchzuführen.

Die Startanalyse beinhaltet ein ausführliches Kennenlerngespräch, Kraft-, Beweglichkeit- und Gleichgewichtstest, sowie die Erstellung eines individuellen Trainingsplans basierend auf den Testergebnissen.

Ja  Nein

1. Die Mindestvertragslaufzeit beträgt bei Abschluss drei Monate. Anschließend verlängert sich der Vertrag um jeweils einen Monat, bis zum Zeitpunkt einer fristgerechten Kündigung.
2. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Monatsende.
3. Im Monatspreis **kostenlos** enthalten ist eine **Trainingsplankontrolle alle sechs Wochen**.
4. Für das POWER-Training muss der Patient selbstverantwortlich entsprechend bindende Termine mit Physio & POWER vereinbaren.
5. Der Monatspreis ist vollständig fünf Arbeitstage vor Trainingsbeginn auf unser Konto zu überweisen oder in bar an uns zu entrichten.
6. Nimmt der Patient einen vereinbarten Trainingstermin nicht wahr, bzw. sagt ihn in einem Zeitraum von 24h nicht vorher ab, so gilt dieser Termin als wahrgenommen.
7. Nicht wahrgenommene Termine verfallen zum Monatsende. Im Krankheitsfall kann ein Termin mit Nachweis (Krankmeldung) zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt werden.

**Ort & Datum**

**Unterschrift Patient**

Bitte geben Sie bei Überweisungen immer die Rechnungsnummer an. Vielen Dank!

**Sara Humpf** IBAN: DE48 6665 0085 0008 9231 40  
**Sparkasse Pforzheim-Calw** BIC: PZHSDE66XXX  
Steuernummer 45/180/30204