

Anmeldeformular Body Balance Pilates Kurs

Hiermit melde ich mich zu dem Body Balance Pilates Kurse in der Praxis für Physio- und Ergotherapie an.

Vor-/Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Erster Termin am Dienstag den, _____

Die 10 Termine à 60 Minuten finden in der Praxis für Physio- und Ergotherapie am ISAR Klinikum (Eingang C, 2. OG) statt.

Bitte entrichten Sie die Gebühr von 130 € vor Beginn des Kurses.

Ich wurde darüber informiert, dass...

- ich den Kursleiter über gesundheitliche Risiken informieren muss.
- die Teilnahme auf eigene Verantwortung ist.
- falls ich die Gebühren von der Krankenkasse erstattet bekommen möchte, ich zu mindestens 80% der Termine erscheinen muss.
- ich die Teilnahmebestätigung für die Krankenkasse am letzten Kurstag bekommen werde.
- die Veranstalter dringend in Kenntnis gesetzt werden müssen, falls ich an dem Kurs doch nicht teilnehmen kann, damit der Platz anderweitig vergeben werden kann.

Mit der Abgabe meiner Daten erkläre ich mich damit einverstanden, dass diese von der ISAR Klinikum Physio GmbH gespeichert und zu Zwecken der Kontaktaufnahme in Bezug auf meine Anmeldung verarbeitet werden. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mich die ISAR Klinikum Physio GmbH über Kursangebote informieren darf. Personenbezogene Daten, Privatadressen und E-Mail Adressen werden selbstverständlich vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Ich kann der Nutzung meiner Daten zu Werbezwecken durch die ISAR Klinikum Physio GmbH jederzeit schriftlich oder per Mail mit Wirkung für die Zukunft widersprechen.

Ich habe die vorstehende Erklärung gelesen und bin damit einverstanden.

Datum, Unterschrift