



Mitgliedsnummer:

Änderungsantrag (falls zutreffend, bitte ankreuzen)

VERTRAG

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft bei Hamburg vital zu den **Allgemeinen** Geschäftsbedingungen (diese sind im jeweiligen Rehazentrum oder unter www.hamburg-vital.com einzusehen).

Name:

Vorname:

Straße/Nr.:

PLZ und Ort:

Geburtsdatum: Telefonnummer:

E-Mail:

Geschlecht : männlich weiblich Beruf:

Eintrittsdatum:

Anmeldung der Mitgliedschaft für folgendes Reha-Zentrum:

<input type="checkbox"/> Reha-Zentrum Harburg, Sand 18-22, 21073 HH	<input type="checkbox"/> Praxis Klinik Bergedorf, Alte Holstenstraße 2, 21031 HH
<input type="checkbox"/> Endo Reha-Zentrum, Holstenstraße 2, 22767 HH	<input type="checkbox"/> STC – Therapie Centrum Walddörfer, Wiesenkamp 22 c, 22359 HH
<input type="checkbox"/> Reha-Zentrum Nord, Stettiner Str. 16, 22850 Norderstedt	<input type="checkbox"/> Reha am Kaifu, Bundesstraße 107 b, 20144 HH

Die Mitgliedschaft kann mit 1-monatiger Frist zum Monatsende schriftlich gekündigt werden.

Sondervereinbarung:

Unterschrift des Antragstellers
Erziehungsberechtigten (bei Minderjährigen):

Unterschrift Hamburg vital
Hamburg vital GmbH:

Ort/Datum/Unterschrift

Ort/Datum/Unterschrift

Mandat für SEPA-Basislastschrift:

Gläubiger- ID: DE 87ZZZ00001063560

Mandatsreferenz:

Ich ermächtige Hamburg Vital Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Hamburg vital auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. (Die einmaligen Kosten für den Vital-Check werden separat abgerechnet).

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.

IBAN: BIC:

Unterschrift Kontoinhaber:

Ort/Datum/Unterschrift

X Unterschrift erforderlich