

Mitgliedschaftsvertrag Sporttherapie Betat

Emelive Dancegroup

X Vertragspartner Nachname, Vorname _____ Name des Kindes _____ X Straße, Hausnummer _____ X Mobiltelefon &/ Festnetz _____ Bemerkung (ggf. Allergie): _____	X Geburtsdatum _____ Geburtsdatum des Kindes _____ X PLZ, Ort _____ X E-Mail-Adresse _____
--	---

Beginn der Mitgliedschaft: **X** _____

Vertragsdauer **X** _____
 Wie oft pro Woche **X** _____

Kurs ID (s. Tabelle unten) **X** _____
 Wochentag & Uhrzeit: **X** _____

Tanzgruppe	Kurs ID	Uhrzeit	Wochentag
Emelive Dancegroup SDA	ED	17:30 – 19:30	Mittwochs
Modern Dance	MD	16:00 -17:00	Donnerstag
Akrobatik 1	A1	17:00 -18:00	Donnerstag
Akrobatik 2	A2	18:00 – 19:00	Donnerstag

Tanzen	Vertragsdauer 24 Monate	Vertragsdauer 12 Monate	Vertragsdauer 1 Monate
1 x / Woche	65€ / M	70€ / M	110€ / M
1x/W. + 1 weiterer Kinderkurs (Akrobatik /Modern Dance	105€ / M	115€ / M	180€ / M

Preisauflistung:

- **Einmalige Registrierungsgebühr von 20€** nur bei Erstanmeldung!
- **Kündigungsfrist 2 Monate** (bei nicht Kündigung & KEINER Vertragsverlängerung fällt man gesetzlich in den Monatstarif)
- **Vor Vertragsende muss eine Vertragsverlängerung erfolgen, sonst fällt man in den Monatstarif -> selber drauf achten !!!**
- *Fester Kurstermin pro Woche, Bei Ausfall/Krankheit/Feiertag darf kein Ersatzkurs besucht werden*

Zur Kenntnisnahme:

Pflicht:

- ☐ Ich erkläre, in einem ausreichenden **gesundheitlichen Zustand** zu sein, um die angebotene Dienstleistung sicher zu nutzen.
- ☐ Ich habe die **Hausordnung** gelesen & versichere, mich an diese zu halten.
- ☐ Ich habe die **AGBs** von „Sporttherapie Betat“ ausgehändigt bekommen, gelesen und stimme ihnen zu.
- ☐ Ich stimme zu, dass „Sporttherapie Betat“ **Informationen (Kontaktdaten, Nutzungsdaten & Gesundheitsdaten wie Allergien, Verletzungen etc)** speichert und nutzt, um mich persönlich zu betreuen. Sollte ich eine Löschung dieser Daten nach Beendigung meiner Mitgliedschaft wünschen, teile ich dies mit.
- ☐ Ich stimme zu, dass mich „Sporttherapie Betat“ per **E-Mail oder Telefon** (z.B. WhatsApp) während und nach meiner Mitgliedschaft kontaktiert und informiert. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen. (s. Datenschutzerklärung)

Optional:

- ☐ Ich stimme zu, dass „Sporttherapie Betat“ **Fotos/Videos** auf ihrer Website & ihren Social-Media Accounts von mir/ggf. meinem Kind, veröffentlichen darf. Diese Einwilligung kann ich jederzeit für neue Fotos widerrufen. (s. Datenschutzerklärung)

Einzugsermächtigung: SEPA – Lastschriftmandat

Ich erteile ein gültiges SEPA-Lastschriftmandat, in dem ich Sporttherapie Betat ermächtige, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen und mein Kreditinstitut anweise, die von Sporttherapie Betat auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

- Durch die Nutzung der SEPA-Zahlungsweise erkläre ich mein Einverständnis mit der Weitergabe meiner personenbezogenen Daten (Name, Adresse, Geburtsdatum, Beginn, Laufzeit, Forderungshöhe, Beitragszahlungszyklus, Kündigungsstatus des Mitgliedsvertrages, IBAN, BIC und Kontoinhaber zum Bankkonto, von dem der Lastschritteinzug durchgeführt wird) an die Sporttherapie Betat zum Zwecke des Lastschrift-Einzugs der sich aus dem Mitgliedsvertrag gegen mich ergebenden Forderungen.
- Sollte es zu einer Rücklastschrift z.B. aufgrund falscher Kontoangaben, mangelnder Deckung oder unberechtigtem Widerruf kommen, ist Sporttherapie Betat berechtigt, die durch die Bearbeitung entstandenen Gebühren in Rechnung zu stellen.
- Die Beiträge werden jeweils am **Monatsanfang abgebucht**. Sollte ein Zahlungsverzug über mehr als zwei Monatsbeiträge gegeben sein, wird der gesamte Beitrag der vereinbarten Vertragslaufzeit fällig.
- Die vom System automatisch errechnete tagesgenaue Vorabnutzungsgebühr zwischen Trainings- und Vertragsbeginn sowie die Kosten des vereinbarten Registrierungspreises sind bei Abschluss des Vertrages fällig. Der vereinbarte Mitgliedschaftsbeitrag gilt für die Dauer der Laufzeit als fest vereinbart. Nach Ablauf der Erstlaufzeit kann der Beitrag durch Sporttherapie Betat mit einer Ankündigungsfrist von einem Monat geändert werden

Name Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

Name d. Bank: _____

Unterschrift:

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber