

Pilates-Zentrum-AB

Dein Pilates Studio im Herzen der Stadt
Bodelschwinghstrasse 10b
63739 Aschaffenburg

Anmeldung

Antragsteller (bitte vollständig ausfüllen) Herr Frau

Vorname:

Nachname:

Geburtsdatum:

Anschrift Wohnort:

Straße u. Hausnummer:

Telefonnummer:

Emailadresse:

Hiermit melde ich mich unter Anerkennung der AGB zu folgendem Abo an:

Ab Monat/ Jahr

3-monats Abo Kurse für Pilates Kurse Matte + Reformer

(Preis: 82 EUR monatlich für drei Monate / gültig für 12 Trainingseinheiten bzw. 1 x wöchentlicher Kursbesuch)

12-monats Abo Kurse für Pilates Kurse Matte + Reformer

(Preis: 75 EUR monatlich für zwölf Monate / gültig für 52 Trainingseinheiten bzw. 1 x wöchentlicher Kursbesuch)

12-monats Abo All-Inklusiv

(Preis: 159 EUR monatlich für 12 Monate / gültig für unbegrenzte Teilnahme an allen Kursen u Specials)

Starter-Paket

(Preis: 330 EUR einmalig / gültig für 20 Trainingseinheiten aufgeteilt auf 3 Monate bzw. 1 Quartal)

Weitere Trainingsoptionen online buchbar (gehe zu „Tauschbörse“)

Wichtige Hinweise:

Die Abos verlängern sich kostenpflichtig automatisch, wenn sie nicht mit einer Kündigungsfrist von einem Monat gekündigt wurden.

Die Trainingseinheiten werden elektronisch im eigenen Nutzeraccount verwaltet. Siehe hierzu Punkt 4 der AGB. Grundsätzlich beinhaltet das Abo einen Kursbesuch á Woche. Nicht genutzte Credits werden gesammelt und können zusätzlich zur regulären Buchung eingesetzt werden.

Ich bestätige meine oben genannten Angaben und erkläre mich mit der Unterzeichnung des Antrages sowie den Teilnahmeregeln/AGB einverstanden und verpflichte mich, diesen einzuhalten.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Pilates-Zentrum-AB GmbH

Dein Pilates Studio im Herzen der Stadt
vertretungsberechtigt: Beata Arnold
Registergericht: AG Aschaffenburg
Nr.: HRB 14321
USt-ID: DE 313113033

Postanschrift:

Bodelschwinghstrasse 10b / 3.OG.
63739 Aschaffenburg
Mobil: 0170 / 32 05 229
E-Mail: info@pilates-zentrum-ab.de
Internet: www.pilates-zentrum-ab.de

Bankverbindung:

Sparkasse Aschaffenburg
BLZ: 795 500 00
Konto: 12 19 21 67
IBAN: DE 63 7955 0000 0012 19 21 67
BIC: BYLADEM1ASA

Erteilung eines SEPA Lastschrift Mandats

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers/Gläubigers:
Pilates-Zentrum-AB GmbH, vertreten durch Frau Beata Arnold
Bodelschwinghstrasse 10b, 63739 Aschaffenburg
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE 83PZA00002043332

Mandatsnummer:

Ich ermächtige den o.a. Zahlungsempfänger Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Gleichzeitig weise ich mein Kreditinstitut an, die vom o.a. Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. 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.

Name und Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Name:

Anschrift:

IBAN des Zahlungspflichtigen:

DE _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

BIC _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Ort, Datum:

Unterschrift:

Datenschutzerklärung - Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass durch die **Pilates-Zentrum-AB GmbH** als verantwortliche Stelle die im Anmeldeformular erhobenen personenbezogenen Daten, wie Namen, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer und Bankverbindung ausschließlich zum Zwecke der Organisation der Kurse und weiterer Trainingsmaßnahmen im Rahmen einer Einzelanmeldung oder Abschluss eines Abos, sowie ggf. des Einzuges der Teilnahmegebühren verarbeitet und genutzt werden.

Eine Datenübermittlung an Dritte findet nicht statt. Eine Datennutzung für Werbezwecke findet ebenfalls nicht statt.

Bei Beendigung der Trainingsteilnahme bzw. des Abos werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend den steuerrechtlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen.

Neben dem Recht auf Auskunft bezüglich der zu seiner Person bei der verantwortlichen Stelle gespeicherten Daten hat jeder Kursteilnehmer bzw. jedes Mitglied im Rahmen der Vorgaben der DSGVO das Recht, der Speicherung der Daten, die nicht im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben für bestimmte Zeiträume vorgehalten werden müssen, für die Zukunft zu widersprechen. Ferner hat der Kursteilnehmer im Falle von fehlerhaften Daten ein Korrekturrecht.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Ich willige ein, dass die **Pilates-Zentrum-AB GmbH** meine **E-Mail-Adresse** und meine **Telefonnummer** zum Zwecke der Kommunikation nutzt. Eine Übermittlung von E-Mail-Adresse und Telefonnummer an Dritte wird nicht vorgenommen.

Ort, Datum:

Unterschrift:

Pilates-Zentrum-AB GmbH

Dein Pilates Studio im Herzen der Stadt
vertretungsberechtigt: Beata Arnold
Registergericht: AG Aschaffenburg
Nr.: HRB 14321
USt-ID: DE 313113033

Postanschrift:

Bodelschwinghstrasse 10b / 3.OG.
63739 Aschaffenburg
Mobil: 0170 / 32 05 229
E-Mail: info@pilates-zentrum-ab.de
Internet: www.pilates-zentrum-ab.de

Bankverbindung:

Sparkasse Aschaffenburg
BLZ: 795 500 00
Konto: 12 19 21 67
IBAN: DE 63 7955 0000 0012 19 21 67
BIC: BYLADEM1ASA