



## Anmeldung provital Trainingsabonnement / Gruppenteilnahme

### Personalien

Name ..... Vorname .....

Adresse ..... PLZ / Ort .....

Tel. Privat ..... Tel. Geschäft .....

Mobiltelefon ..... eMail .....

Geburtsdatum ..... Beruf .....

### Wie sind Sie auf provital aufmerksam geworden?

- Arzt  Bekannte  Internet
- Trainer
- Andere .....  provital-Kunde .....

### Liegen Beschwerden des Bewegungsapparates / Herz-Kreislaufs vor?

- Nein
- Ja, welche .....

*Um Komplikationen zu vermeiden, sind wir auf Ihre vollständigen Angaben angewiesen. Bitte fragen Sie Ihre Therapeutin / Ihren Therapeuten bei Unklarheiten.*

### Ich wünsche folgende/s Trainingsabonnement / Gruppenteilnahme:

- 3 Monate  6 Monate  12 Monate

Datum: von ..... bis .....

Gruppe Bezeichnung .....

Bezahlung:  bar  Rechnung

Ihr/e Physiotherapeut/in: .....

Anmerkungen: .....

### Hinweise

Bitte beachten Sie unsere Öffnungszeiten, speziell auch über Feiertage.  
Sollten Beschwerden auftreten, informieren Sie unverzüglich jemanden vom provital-Therapeutenteam.  
Fragen Sie Ihre Krankenkasse nach allfälliger Kostenbeteiligung.

**Mit der Unterschrift akzeptieren Sie unsere Vertragsbestimmungen.**

**Datum:**

**Unterschrift:**