



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: