

Anmeldeformular

„Weihnachts-Aktion 2017“

Angebote gültig bis spätestens 18. Dezember 2017



Antrag auf Mitgliedschaft im Mediclass Ärztezentrum

Ich wähle

- Mediclass Privatarzt Classic
- Mediclass Privatarzt Plus
- Hauptmitgliedschaft
- Partnermitgliedschaft/ Studententarif
- Kindermitgliedschaft (2–18 Jahre)

Interne Vermerke:

C B K

am:

Persönliche Daten

Geschlecht: weiblich männlich

Titel:

Vorname:

Nachname:

Straße, Nr.:

Postleitzahl:

Ort:

Telefonnr:

Handy:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Private Versicherung:

Bei Partner/Kindermitgliedschaft kann die Vergünstigung der Rabatte (**50% statt 25% Partner (= Sonderaktion)**, 50% Kinder) in Anspruch genommen werden, wenn ein Partner/Elternteil eine Hauptmitgliedschaft hat.

Name

Hauptmitglied:

Mitgliedsnummer:

Persönliche Daten der Familie (wenn Anmeldung gleichzeitig mit Hauptmitgliedschaft erfolgt)

Anmeldung Familie

Im Rahmen meiner Anmeldung möchte ich auch meinen Partner/meine Partnerin oder meine Kinder anmelden und bestätige, dass ich berechtigt bin, die Daten meiner Angehörigen anzugeben. Partner/innen von Hauptmitgliedern sparen 50 % (Sonderaktion) der regulären Monatsgebühr, Ihre Kinder sparen 50 % (2–18 Jahre).

Partner Kind Classic Plus weiblich männlich

Titel: _____ Vor-, Nachname: _____ Straße: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

E-Mail: _____ Geburtsdatum Tag.Monat.Jahr: _____ Telefonnummer: _____

Krankenkasse: _____ Soz. Vers.Nr: _____

Partner Kind Classic Plus weiblich männlich

Titel: _____ Vor-, Nachname: _____ Straße: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

E-Mail: _____ Geburtsdatum Tag.Monat.Jahr: _____ Telefonnummer: _____

Krankenkasse: _____ Soz. Vers.Nr: _____

Mediclass Gesundheitsclub GmbH

Viertel Zwei Campus / Gebäude Biz Zwei / Vorgartenstraße 206 C / 1020 Wien / Tel: 01 890 45 20 / info@mediclass.com / www.mediclass.com
ATU 660 49 322 / FN 353 161f / Kontoverbindung: Mediclass Gesundheitsclub GmbH / Bank: Volksbank Wien / Kontonummer: 466 822 230 30
BLZ: 43000 / IBAN: AT41 4300 0466 8222 3030 / BIC: VBOEATWW

Anmeldeformular

„Weihnachts-Aktion 2017“

Angebote gültig bis spätestens 18. Dezember 2017

SO GEHT
GESUND
JETZT!

medi
class

Mediclass Privatarzt Classic

- jährlich  € 289 (28,90/Monat x 10)
10 = 12 Monate Aktion
statt regulär € 317,90
- jährlich  € 158,95 Partner 50 % Rabatt
der regulären Jahresgebühr
statt regulär € 238,42
- jährlich € 158,95 Kind 50 % Rabatt

Mediclass Privatarzt Plus

- jährlich  € 389 (38,90/Monat x 10)
10 = 12 Monate Aktion
statt regulär € 427,90
- jährlich  € 213,95 Partner 50 % Rabatt der
regulären Jahresgebühr
statt regulär € 320,92
- jährlich € 213,95 Kind 50 % Rabatt

Bankeinzug

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ich ermächtige Sie widerruflich die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen. Meine Bank ist ermächtigt, die Lastschrift einzulösen, aber hierzu nicht verpflichtet, insbesondere wenn mein Konto keine ausreichende Deckung aufweist. Ich habe das Recht, innerhalb von 56 Tagen ab dem Tag der Abbuchung ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung einer Zahlung bei meiner Bank zu veranlassen.

Datum

Unterschrift

Wie sind Sie auf Mediclass aufmerksam geworden?

Ich nehme zur Kenntnis, dass ein Behandlungsvertrag nicht mit der Mediclass Gesundheitsclub GmbH, sondern mit dem jeweils konsultierten Arzt abgeschlossen wird und daher auch dieser Anspruch auf das mit ihm vereinbarte oder in einer Preisliste festgelegte Honorar hat.

Ich erteile hiermit meine Zustimmung, dass Mediclass die Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit von meinem oben angeführten Konto einzieht. Dies gilt auch für die aufgrund der erbrachten Behandlungsleistungen zu verrechnenden Honorare, sofern nicht eine andere Art der Bezahlung im Einzelfall vereinbart wird.

Eine Jahresmitgliedschaft wird auf die Dauer eines Jahres abgeschlossen. Sie verlängert sich um ein weiteres Jahr sofern nicht spätestens 6 Wochen vor Ablauf schriftlich gekündigt wird. Die Aktionspreise gelten nur im 1. Jahr.

Datenschutz:

Mediclass wird die personenbezogenen Daten der Mitglieder ausschließlich zum Zwecke der Durchführung der in den Vertragsbedingungen festgelegten Leistungen verarbeiten. In keinem Fall wird Mediclass persönliche Daten zu Werbe- oder Marketingzwecken an Dritte weitergeben. Ich bestätige, dass Mediclass meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Mitgliederverwaltung und der Abwicklung der von mir in Anspruch genommenen Leistungen EDV-gestützt verarbeiten darf.

Diese Zustimmung umfasst insbesondere die Weitergabe der Daten an die im Mediclass Zentrum tätigen Ärzte. Ich erteile meine Einwilligung, dass Mediclass und die in einem Mediclass Zentrum tätigen Ärzte mir aktuelle Informationen/Werbung zu Gesundheitsthemen übermitteln dürfen. Diese Einwilligung kann jederzeit mittels email an info@mediclass.com widerrufen werden.

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die Allgemeinen Geschäftsbedingungen von Mediclass, abrufbar auf der Website www.mediclass.com und bestätige, dass diese einen integrierten Bestandteil des zwischen mir und der Mediclass Gesundheitsclub GmbH abgeschlossenen Vertrages bilden.

Datum

Unterschrift

Mediclass Gesundheitsclub GmbH

Viertel Zwei Campus / Gebäude Biz Zwei / Vorgartenstraße 206 C / 1020 Wien / Tel: 01 890 45 20 / info@mediclass.com / www.mediclass.com
ATU 660 49 322 / FN 353 161f / Kontoverbindung: Mediclass Gesundheitsclub GmbH / Bank: Volksbank Wien / Kontonummer: 466 822 230 30
BLZ: 43000 / IBAN: AT41 4300 0466 8222 3030 / BIC: VBOEATWW