

## 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:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Titel:		
Vorname:	<input type="text"/>	Nachname:		
Straße, Nr.:	<input type="text"/>	Postleitzahl:	<input type="text"/>	Ort: <input type="text"/>
Telefonnr.:	<input type="text"/>	Handy:		<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:		<input type="text"/>
Krankenkasse:	<input type="text"/>	Private Versicherung:		<input type="text"/>

Bei Partner/Kindermitgliedschaft kann die Vergünstigung der Rabatte (25 % Partner, 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 25 % 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: VBWIATW1

## Mediclass Privatarzt Classic

- jährlich € 317,90 (28,90/Monat x 11)
- € 238,42 Partner 25 % Rabatt
- € 158,95 Kind 50 % Rabatt
- monatlich € 28,90
- € 21,67 Partner 25 % Rabatt
- € 14,45 Kind 50 % Rabatt

## Mediclass Privatarzt Plus

- jährlich € 427,90 (38,90/Monat x 11)
- € 320,92 Partner 25 % Rabatt
- € 213,95 Kind 50 % Rabatt
- monatlich € 38,90
- € 29,17 Partner 25 % Rabatt
- € 19,45 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.**

### 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](mailto:info@mediclass.com) widerrufen werden.

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die Allgemeinen Geschäftsbedingungen von Mediclass, abrufbar auf der Website [www.mediclass.com](http://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](mailto:info@mediclass.com) / [www.mediclass.com](http://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: VBWIATW1