

Mediclass belohnt Ihre Empfehlung

Wir hoffen, dass Sie mit unseren Leistungen zufrieden sind und danken Ihnen für Ihre Treue!

Über Ihre Weiterempfehlung würden wir uns sehr freuen. Erzählen Sie Ihren Freunden, Bekannten und Ihrer Familie von mediclass. Eine Anmeldung ist ganz einfach: entweder direkt online über unsere Homepage „Kosten & Anmeldung“ oder über unser Anmeldeformular (erhältlich im Zentrum oder ebenfalls über unsere Homepage).

Unter dem Feld „Wie wurden Sie auf mediclass aufmerksam“ bitte unbedingt „geworben durch NAME“ ergänzen, damit wir wissen, dass Sie das neue Mitglied geworben haben.

Es zahlt sich für Sie aus!

Wir wollen Ihnen dafür natürlich auch ein kleines Dankeschön zukommen lassen:

Für jedes durch Sie geworbene Hauptmitglied erhalten Sie einen Gutschein im Wert von € 30,-, den Sie für alle mediclass Leistungen einsetzen können.

Den Gutschein erhalten Sie per Post zugeschickt.



Fachbereiche Schulmedizin:

Allgemeine Medizin, Augenheilkunde, Chirurgie, Dermatologie, Ernährungsmedizin, Gynäkologie, Innere Medizin, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kardiologie, Kinderheilkunde, Lungenheilkunde, Orthopädie, Urologie, Vorsorgemedizin

Therapeuten und Komplementärmediziner:

TCM, Homöopathie, Osteopathie, Physiotherapie, Diätologie, Psychotherapie, Psychologie, Coaching, Burn Out Therapie, Kinesiologie, Energetik, Shiatsu, Massage, Ganganalyse/ Laufanalyse, Pilates, Yoga

Anmeldung zur mediclass Mitgliedschaft

Bitte wählen Sie Ihr Paket:

- Mediclass „Classic“: monatlich um € 26,90
- Mediclass „Classic“: jährlich um € 295,90 (11 Raten)
- Mediclass „Plus“: monatlich um € 36,90
- Mediclass „Plus“: jährlich um € 405,90 (11 Raten)

Einziehungsauftrag:

Bitte geben Sie Ihre Kontodaten an:

Kontoinhaber: _____

IBAN: _____

Datum/Unterschrift: _____

Ich ermächtige Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen. Meine Bank ist ermächtigt, die Lastschriften 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.

Wir freuen uns, Sie als neues Mitglied
bei uns begrüßen zu dürfen!

www.medicclass.com

Bitte geben Sie Ihre Kontaktdaten an:

Geschlecht: männlich weiblich:

Titel: _____

Vorname: _____

Nachname: _____

Straße Nr. _____

PLZ, Ort: _____

Telefonnummer: _____

E-Mail: _____

Sozialversicherungsnummer: _____

Krankenkasse: _____

Geworben von: _____

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die AGB's von mediclass, die ich auf der Homepage jederzeit abrufen kann.
Eine Jahresmitgliedschaft wird immer auf die Dauer eines Jahres abgeschlossen. Sie verlängert sich um ein weiteres Jahr sofern nicht spätestens sechs Wochen vor Ablauf schriftlich gekündigt wird.

Datum/Unterschrift: _____

- Ich möchte über Vorträge und Informationen über den Newsletter informiert werden.

Bitte vollständig ausgefüllt an:

mediclass Gesundheitsclub GmbH

1020 Wien, Vorgartenstraße 206C, Viertel Zwei, Gebäude Biz Zwei

E-Mail: info@mediclass.com, Fax: 01/890 45 20-99