MEDICAL FITNESS TRAINING

Ihre Anmeldung

KLINIK UND HOTEL ST.WOLFGANG
BAD GRIESBACH – THERME

Teilnehmer-Daten

Anrede*/Titel _____
Vorname* _____
Nachname* _____
Geburtsdatum* _____
Straße _____
PLZ/Ort _____
Land _____
Email* _____
Telefon _____

Ich melde hiermit meine Teilnahme für folgende Monate an (bitte auswählen):

☐ von 01.11. bis 30.11.2025 zu 125,- EUR
☐ von 01.12. bis 31.12.2025 zu 125,- EUR
☐ von 02.01. bis 31.01.2026 zu 125,- EUR
☐ von 01.02. bis 28.02.2026 zu 125,- EUR

ODER:

☐ von 01.11.2025 bis 28.02.2026 zum Pauschal-Preis von 450,- EUR

☐ Ich bin ein neuer Teilnehmer und benötige somit eine Ersteinweisung mit Erstellen eines persönlichen Trainingsplanes (einmalig 60,- EUR) durch unseren Therapeuten.

☐ Ich habe bereits an einem/mehreren Kurse/en teilgenommen.

Asklepios Klinik Bad Griesbach GmbH & Cie. OHG, Klinik und Hotel St. Wolfgang, Ludwigpromenade 6, 94086 Bad Griesbach – Therme Germany, Tel. +49(0)8532 980 0, Fax 980 635, E-Mail: BadGriesbach@asklepios.com, Internet: www.stwolfgang.de

MEDICAL FITNESS TRAINING

Ihre Anmeldung

Ihr St. Wolfgang-Bademantel:

☐ Ich benötige für o. a. Zeitraum einen Bademantel gegen eine Kaution von 20,- EUR.
☐ Ich möchte gerne einen Bademantel zum Vorzugspreis von 48,- EUR kaufen.

Zum Abschluss Ihrer Anmeldung:

☐ (bitte sorgfältig lesen und auswählen) – VERBINDLICHE ANMELDUNG
Hiermit bestätige ich eine verbindliche Zusage zur Teilnahme an dem Wintertraining 2025/2026 (genauer Zeitraum siehe oben). Ich versichere, das Informationsblatt in der Anlage – insbesondere die Öffnungs- und Zugangszeiten - zur Kenntnis genommen zu haben und hafte bei Training ohne Therapeut selbst in vollem Umfang. Ein Verstoß gegen die vorgegebenen Zeiten sowie die Teilnahme an nicht gebuchten Kursen führt zu einem sofortigen Ausschluss. Mir ist bekannt, dass bei evtl. Umbaumaßnahmen kein Ersatzanspruch besteht.

☐ (bitte sorgfältig lesen und auswählen) – EINWILLIGUNG DATENSCHUTZ
Hiermit willige ich ein, dass die Asklepios Klinik Bad Griesbach GmbH & Cie. OHG meine Daten speichert und zum Zweck der Datenverarbeitung intern bearbeitet. Der Zusendung von Informationen und Bestätigungen per E-Mail stimme ich ebenfalls zu.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

➡ Anlage und mitgeltende Unterlage: Anschreiben sowie Informationsblatt 2025-2026!

Hinweis:
Die Stornogebühr von 80 % des TN-Preises muss erhoben werden sofern eine Absage 8 Tage vor Kursbeginn nicht erfolgt ist.

Asklepios Klinik Bad Griesbach GmbH & Cie. OHG, Klinik und Hotel St. Wolfgang, Ludwigpromenade 6, 94086 Bad Griesbach – Therme
Germany, Tel. +49(0)8532 980 0, Fax 980 635, E-Mail: BadGriesbach@asklepios.com, Internet: www.stwolfgang.de