

# ANMELDUNG GERÄTE



Medizentren GmbH

Gesundheitszentrum Schmalkalden

Am Alten Graben 2 / 98574 Schmalkalden

Telefon: +49 (0) 3683-609871

E-Mail: schmalkalden@medizentren.de

Name: ..... Vorname: .....

Anschrift: .....

Telefon: .....

Krankenkasse: ..... Teilnahmebestätigung: ja..... nein.....

- 
- |   |      |
|---|------|
| <input type="radio"/> 10er Karte Geräte:                                  | 90€  |
| <input type="radio"/> Monatskarte Geräte:                                 | 50€  |
| <input type="radio"/> Halbjahreskarte Geräte:                             | 250€ |
| <input type="radio"/> Einmalige Geräteeinweisung inklusive Trainingsplan: | 20€  |
- 

Bezahlung per:  Bar  EC-Karte  Rechnung

Schmalkalden den.....

Teilnehmer Unterschrift.....