

Fitness- & Gesundheitszentrum
Tuspo Weende gGmbH
Am Weendespring 1b
Tel: 0551 38 48 00 18
37077 Göttingen



Anmeldung für den Rehabilitationssport

Hiermit melde ich mich zur Teilnahme am Rehabilitationssport mit ärztlicher Verordnung an:

Persönliche Daten	
Name, Vorname: _____	Geburtsdatum: _____
Straße, Hausnr.: _____	PLZ, Wohnort: _____
Telefon privat: _____	Telefon Mobil: _____
Beruf: _____	Krankenkasse: _____
E-Mail*: _____	
Verein: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Vereinsname _____	

Dauer der Verordnung:

Ab dem _____ bis längstens _____

6 Mon./ DRV 50 Übungseinheiten/18 Mon. 120 Übungseinheiten/36 Mon.

Übungseinheiten pro Woche:

1 mal 2 mal 3 mal, Begründung _____

Termine:

Kurs1: _____ Kurs2: _____

Ab einer **unentschuldigten Fehlzeit von 3 Wochen**, behalten wir uns vor, Ihren Gruppenplatz weiter zu geben. Bei einer Unterbrechung von **mehr als 6 Wochen -ohne ärztlichen Attest-** verliert die Verordnung ihre Gültigkeit und wird abgerechnet. Die Maßnahme wird somit beendet.

Eine Unterbrechung von mehr **als 6 Wochen, aus gesundheitlichen Gründen**, ist nur mit ärztlichem Attest und **maximal bis zu 3 Monaten** möglich.

Datum

Unterschrift

Weende Vital

Fitness- und Gesundheitszentrum Tuspo Weende gGmbH
Springstr. 115; 37077 Göttingen

Sparkasse Göttingen (BIC: NOLADE21GOE)
IBAN DE90 2605 0001 0056 0647 51

www.weende-vital.de

info@weende-vital.de

Geschäftsführer:
Christoph Hannig

Finanzamt Göttingen 20/206/30685

www.tuspoweende.de