



Verbindliche Anmeldung Prevention First 09/2019

Arbeitgeber

Rechnungsanschrift / evtl. Vermerk
Ansprechpartner / Telefon / E-Mail

Teilnehmer

Anrede	P-Nummer	Telefon Privat
Vorname		Telefon Arbeit
Nachname		E-Mail
Straße + Haus-Nr.		Geburtsdatum
PLZ + Wohnort		Krankenkasse

Ich bin privat krankenversichert ja nein Ich arbeite im Schichtbetrieb ja nein

Ich melde mich für folgendes Prevention First Programm an. Der Präventionskurs findet 1x wöchentlich als Gruppentraining und immer zur selben Zeit statt. Sie erleichtern uns die Planung, indem Sie die für Sie möglichen Termine ankreuzen:

Prevention First „Nacken/Schulter“ vom 16.09. – 13.12.2019 (max. 18 Teilnehmer)

Freitag 17.30 – 18.30 Uhr

Prevention First „Rücken“ vom 16.09. – 13.12.2019 (max. 18 Teilnehmer pro Kurstag)

Montag 19.45 – 20.45 Uhr

Priorität 1

Priorität 2

Dienstag 20.00 – 21.00 Uhr

Priorität 1

Priorität 2



Die Kosten für den Präventionskurs betragen 144,00 Euro (inkl. 19% MwSt.). Die gesetzlichen Krankenkassen beteiligen sich an diesen Kosten, wenn mindestens 80% (=10x) der Trainingseinheiten wahrgenommen wurden. Bitte die Höhe der Kostenübernahme anhand der Kurs-ID 20180706-1025588 vor Programmstart von Ihrer Krankenkasse bestätigen lassen! Eine Teilnahmebestätigung für den Kurs erhalten Sie nach Abschluss des Programmes von ORTEMA.

Die Kosten für das individuelle Training an den Geräten in Höhe von 116,00 Euro (zuzügl. 19% MwSt.) werden von meinem Arbeitgeber übernommen. Die Rechnungsstellung erfolgt von ORTEMA an den Arbeitgeber.

Ich bin Selbstzahler und übernehme die kompletten Kosten in Höhe von 282,04 Euro (inkl. 19% MwSt.) für den Präventionskurs und das individuelle Training an den Geräten.

Ich möchte die Getränkepauschale für einmalig 15,00 Euro (inkl. 19% MwSt.). Diese beinhaltet eine Getränkeflasche und hochwertige Mineralgetränke während der gesamten Trainingszeit.

Für das Training an den Milon-Geräten und die Nutzung der Umkleiden benötige ich eine Chip-Karte (Bitte Einwilligung in die Datenverarbeitung unterschreiben). Die Kosten dafür betragen einmalig 15,00 Euro (inkl. 19% MwSt.). Diese werden mit der Anmeldung fällig. Meine Kosten bezahle ich über die Erteilung eines SEPA-Basis-Lastschriftmandats (Bitte Formular ausfüllen und unterschreiben).

Der Umwelt zuliebe: Ich habe bereits eine Chip-Karte und verwende diese weiterhin. Die Kosten dafür entfallen.

Datenschutz: Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten auf Basis der Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) von der ORTEMA GmbH für interne Zwecke gespeichert werden. Diese Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen. Die vollständige Datenschutzerklärung finden Sie unter www.ortema.de/datenschutz

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer

Unterschrift Arbeitgeber

ORTEMA GmbH
Medical Fitness & Gesundheit
 Kurt-Lindemann-Weg 10
 71706 Markgröningen

Tel. +49 7145 91 53770
 Fax +49 7145 91 53960
 medicalfitness@ortema.de
 www.ortema-medicalfitness.de
 www.ortema.de

Geschäftsführer:
 Hartmut Semsch
 Olaf Sporys
 Prof. Dr. Jörg Martin

Registergericht:
 Stuttgart, HRB 204258
 St.Nr.: 71492/00127
 USt-IdNr. DE812336810

Bankverbindung:
 Kreissparkasse Ludwigsburg
 IBAN: DE42 6045 0050 0030 0132 25
 BIC: SOLADES1LGB



SEPA-Basis-Lastschriftmandat für SEPA-Basis-Lastschriftverfahren

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers (Gläubiger) ORTEMA GmbH, Kurt-Lindemann-Weg 10, 71706 Markgröningen
Gläubiger-Identifikationsnummer DE13ZZZ00000015158

Ich ermächtige

Name des Zahlungsempfängers ORTEMA GmbH

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von

Name des Zahlungsempfängers ORTEMA GmbH

auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)	
Kreditinstitut	
BIC (kann entfallen, wenn die IBAN mit DE beginnt)	IBAN

Ort, Datum

Unterschrift Zahlungspflichtiger

Einwilligung in die Datenverarbeitung bei Nutzung der Milon-Trainingsgeräte

Verarbeitete Daten: Ich bin damit einverstanden, dass die folgenden Daten über mich von der Einrichtung verarbeitet werden:

- Meine Stammdaten (Name, Geburtsdatum, Adresse und Kontaktdaten, Laufzeit meines Trainingsvertrages)
- Trainingsdaten (Einstellungen der Geräte und bei der Nutzung erhobene Daten wie Zeit und Umfang des Trainings)
- Gesundheitsbezogene Daten, die im Rahmen von Gesundheitsuntersuchungen erhoben wurden oder die ich der Einrichtung mitgeteilt habe (Größe, Gewicht, Blutdruck, Verletzungen, Medikamente u.ä.)

Ich bin damit einverstanden, dass diese Daten auf Servern, betrieben und gewartet durch die Milon Care GmbH, verarbeitet werden.

Zweck der Datenverarbeitung: Die Datenverarbeitung dient der Planung und Optimierung meines Trainings durch Mitarbeiter meiner Einrichtung und der automatischen Wahl der Einstellungen meiner Trainingsgeräte. Auf meine Daten kann ich in jeder teilnehmenden Einrichtung durch die Nutzung der Milon-Trainingsgeräte zugreifen. Wenn ich über ein „Milon ME“- Konto verfüge, kann ich auf meine Daten auch über das Internet, eine App oder (falls vorhanden) das Terminal in der Einrichtung zugreifen. Meine Daten werden von der Milon Care GmbH in keinem Fall an Dritte weitergegeben oder für Werbung genutzt. Für statistische Zwecke werden meine Daten nur in anonymisierter Form verarbeitet.

Widerruf der Einwilligung: Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen. Eine Nutzung der Milon-Trainingsgeräte ist dann jedoch nicht mehr möglich.

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer