



An WoGe-Service GmbH
Von-Steuben-Straße 17
67549 Worms

Anmeldung zur Adipositas-Therapie

Ernährungstherapie Bewegungstherapie (gewünschte Therapie bitte ankreuzen)

Name:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefon:

Hiermit erkläre ich, dass ich verbindlich am Adipositas-Programm teilnehme und die Kosten in voller Höhe übernehme.

Sollte ich einen Gesprächstermin für die Ernährungsberatung oder das Bewegungsprogramm nicht wahrnehmen können, sage ich diesen spätestens 24 Stunden vorher ab. Anderenfalls wird dieser zusätzlich in Rechnung gestellt.

Die Hinweise zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort/Datum

Unterschrift

Zahlung

- Ich zahle die Rechnung nach Erhalt innerhalb 10 Tagen in voller Höhe gemäß vereinbartem Zahlungsziel.
- Ich nutze die Möglichkeit einer Zahlung auf 3 Raten, welche jeweils zum Monatsende verbindlich zu zahlen sind. Den genauen Zahlungsplan erhalten Sie mit der Rechnung.

Ort/Datum

Unterschrift