



Bujinkan Wien
Schanzstraße 36/1
1150 Wien

Mitgliedsvertrag

Vertragspartner:

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Strasse: _____

PLZ: _____

Telefon: _____

Email: _____

Art der Mitgliedschaft: Kindertraining

- 25 € pro Monat bei Barzahlung
- 20 € pro Monat bei Überweisung
- 100 € für 6 Monate

Bankverbindung:

Empfänger: Bujinkan Wien
Konto-Nr.: 28919877800
Bankleitzahl: 20111 (Erste Bank)
Verwendungszweck: Vorname (des Kindes), Nachname, Monat(e)

Die umseitig allgemeinen Vertragsbedingungen und meine Mitgliedsbeiträge sind mir bekannt und akzeptiert.

Unterschrift des Erziehungsberechtigten:

Datum, Unterschrift:

Aufnahme bestätigt durch Bujinkan Shinzan Dojo:

Datum, Unterschrift



Bujinkan Wien
Schanzstraße 36/1
1150 Wien

Allgemeine Vertragsbedingungen

1. Die Mitgliedschaft ist auf unbestimmte Zeit geschlossen. Sie kann jederzeit schriftlich gekündigt werden. Die Mitgliedschaft berechtigt zur Teilnahme am Training zu den auf der Website www.ninpo.at angegebenen Trainingszeiten und ist nicht übertragbar.
2. Das Mitglied verpflichtet sich, sämtliche Einrichtungen nur in sporttauglicher Verfassung und sachgemäß zu verwenden, sowie Anleitungen des zuständigen Trainers zu befolgen.
3. Die Teilnahme am Training erfolgt auf eigene Gefahr.
4. Die Haftung des Vereins und der Trainer für Schäden jeglicher Art zum Beispiel aus dem Verlust von Wertgegenständen, Verletzungen beim Training auch mit Folgeschäden etc., wird ausgeschlossen.
5. Bei Nichtteilnahme am Training besteht kein Anspruch auf Rückerstattung des Mitgliedsbeitrages.
6. Der Betreiber ist zur sofortigen vorzeitigen Vertragsauflösung berechtigt, wenn das Mitglied die Anlage bestimmungswidrig verwendet, beschädigt, durch sein Verhalten den ordnungsgemäßen Betrieb stört oder mit der Bezahlung des Mitgliedsbeitrages mehr als zwei Zahlungstermine in Verzug ist.
7. Das Mitglied stimmt damit überein über aktuelle Bekanntgaben des Vereins per E-Mail informiert zu werden und kann diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen.



Bujinkan Wien
Schanzstraße 36/1
1150 Wien

Notfalldaten

Name:

Straße, Ort:

Geburtsdatum/Sozialversicherungsnummer:

Blutgruppe:

(Frühere) Verletzungen oder Erkrankungen:

Im Notfall zu Verständigen:

Name: _____ Telefonnummer: _____

Name: _____ Telefonnummer: _____

Name: _____ Telefonnummer: _____