

# Vertrag zur Nutzung der Einrichtungen Gebrauchsüberlassung

24 Monate

zwischen: 1-a-fit Betriebs GmbH



und:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße | Nr.:

PLZ | Ort:

Telefon:

E-Mail:

Beginn: 01 \_\_\_\_\_

**Getränke:** 5,95 € mtl.  59,95 € jährl.

**Fitnessgeräte:** 19,95 € mtl.

**Galileo:** 49,95 € jährl.

Servicepauschale **Fitness:** 29,95 € 1/2 jährl.

**eGym-Zirkel:** 49,95 € jährl.

Es gilt außerdem die jeweils gültige Sonderpreisliste (siehe [www.1-a-fit.de](http://www.1-a-fit.de))

Die **Laufzeit beträgt 24 Monate**. Der Vertrag verlängert sich nach Ablauf jeweils um 12 Monate, wenn er nicht 1 Monat vor Ablauf in Textform gekündigt wird. Der Beitrag kann zu Beginn jeder neuen Laufzeit maximal 10% angehoben werden. Änderungen und Ergänzungen bedürfen der Schriftform. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht. Sollten einzelne Teile dieses Vertrages nichtig sein, so sind beide Parteien darüber einig, dass der Vertrag bestehen bleibt. Die nichtige Vereinbarung wird durch eine dem Grunde nach beabsichtigte ersetzt. Der Beitrag beinhaltet die gesetzliche MwSt. Im Falle der Erhöhung der gesetzlichen MwSt. wird der Beitrag entsprechend angepasst. Im Falle einer zeitlich begrenzten Schließung, welche der Betreiber nicht zu vertreten hat, ist der Beitrag weiter zu entrichten. Sollte schuldhaft ein Beitragsrückstand von mehr als 2 Monatsbeiträgen entstehen, ist die gesamte Beitragssumme sofort fällig.

Ergänzungen: Beitrag anteilig ab \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift ggf. Erziehungsberechtigter

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift 1-a-fit

## SEPA Basis-Lastschriftmandat

Zahlungsempfänger: 1-a-fit Betriebs GmbH, GF Stefan Heiland, Brüder-Grimm-Str. 26, 34246 Vellmar

Gläubiger-Identifikation: DE 65 FIT 0000 1105 181

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), wiederkehrende Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Die vertraglich vereinbarten Lastschriften erfolgen zum jeweiligen Termin am ersten Bankarbeitstag.

IBAN: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Kontoinhaber, ggf. Erziehungsberechtigter

1-a-fit Betriebs GmbH • Brüder-Grimm-Straße 26 • 34246 Vellmar

1-a-fit Betriebs GmbH • Leipziger Straße 149 • 34123 Kassel

Rückseite  
beachten