



KLANTNUMMER:

**Lidmaatschapsovereenkomst**

**Rayer HealthCenter Leidschendam B.V.**

Voornaam .....  M  V  
 Tussenvoegsel(s) .....  
 Achternaam .....  
 Geboortedatum .....  
 Straat + huisnummer .....  
 Postcode + woonplaats .....  
 Telefoon / NOOD nummer ..... / .....  
 Mobiel .....  
 E-mail .....  
**IBAN** - nummer NL .....  
 Naam rekeninghouder .....  
 Legitimatienummer .....  
 rijbewijs  paspoort  identiteitskaart

**Ik kies voor een contractduur van:**

- 1 jaar daluren 12:00/18:00 € 24,95 per 4 weken
- 2 jaar onbeperkt € 34,95 per 4 weken
- 1 jaar onbeperkt € 39,95 per 4 weken
- 4 weken onbeperkt € 49,95 per 4 weken
- 10 rittenkaart € 99,00 14 weken geldig
  
- 2 jaar onbeperkt € 849,- p. 2 jaar  
+ 8 weken GRATIS
- 1 jaar onbeperkt € 499,- p. 1 jaar  
+ 4 weken GRATIS
  
- ACTIE.....

*Intakekosten* € 45,-  
  
*2x Personal Training (optie)* € 75,-  
  
 \_\_\_\_\_ +  
 Nog te betalen € .....

**Ingangsdatum overeenkomst:**.....

**Automatisch incasso:**

Ik verleen hierbij, tot wederopzegging, doorlopende SEPA-machtiging aan mijn contractspartij Rayer Healthcenter om vanaf ingangsdatum het bedrag van €..... per 4 weken af te schrijven van bovenvermeld bank- of gironummer. De intakekosten dienen d.m.v. automatische incasso te worden voldaan. In uitzonderlijke gevallen kan er gekozen worden voor een andere betalingsmogelijkheid, bijv. via pin of contant aan de balie.

**Algemene voorwaarden:**

Ik heb kennis genomen van de op de achterzijde vermelde voorwaarden (inschrijvings- en betalingsvoorwaarden) en het huishoudelijk reglement. Ik verklaar hierbij akkoord te gaan met de inhoud hiervan. Voor akkoord (bij een minderjarig lid < 18jaar tevens handtekening wettelijk vertegenwoordiger).

**Nieuwsbrief**

Ik ontvang graag de Rayer HealthCenter nieuwsbrief met eventueel speciale aanbiedingen: Ja  Nee

**Handtekening:** ..... **Plaats, datum:** ..... **Naam medewerker:** .....