

**Yogagarten Mitgliedsvertrag 1 Kurs/Woche oder Grenzenlos (für 1- oder 2-Jahresverträge)**

\* Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

\*Email \_\_\_\_\_ \*Straße \_\_\_\_\_

\*Plz/Ort \_\_\_\_\_ \*Handynummer \_\_\_\_\_

Etwaige gesundheitliche Probleme: \_\_\_\_\_

*Bei Partnervertrag bitte einen zweiten Vertrag ausfüllen.*

Name: \_\_\_\_\_, Email: \_\_\_\_\_

Handynummer \_\_\_\_\_

Mit Wirkung zum \_\_\_\_\_ kommt mit dem/der o.g. Teilnehmer/In folgender Unterrichtsvertrag zustande:

- § 1 Der Yogagarten gewährleistet einen qualifizierten Yogaunterricht.  
 § 2 1. Die Yogaeinheiten dauern 60/75 Minuten. Angebote: [www.yogagarten-lilienthal.de](http://www.yogagarten-lilienthal.de)  
 2. Die Unterrichtsgebühr beträgt (bitte entsprechend auswählen)

**1-Jahresverträge** 59,- /Monat (1 Kurs/Woche) 69,-/Monat (Grenzenlos Yoga)**2-Jahresverträge** 49,-/Monat (1 Kurs/Woche) 59,-/Monat (Grenzenlos Yoga)

Alle Verträge beinhalten die unbegrenzte Teilnahme an unserem OnlineAngebot. Die monatliche Kursgebühr wird mittels Lastschrift vom Yogagarten eingezogen. Die entsprechende Ermächtigung liegt unterschrieben anbei.

3. Auf weitere Angebote vom Yogagarten wie weitere Verträge, 10er Karten & Workshops (für sich selbst oder Familienangehörige) sowie jegliche Gutscheine gewährt der Yogagarten einen Rabatt laut Aushang.

- § 3 Der Yogagarten unterrichtet in der Klosterstraße 4, 28865 Lilienthal, Änderungen für einzelne Angebote werden bekanntgegeben.  
 § 4 Die 1- und 2-Jahresverträge verlängern sich nach Ende der vereinbarten Laufzeit um 12 Monate, sollte eine Kündigung nicht bis 6 Wochen vor Vertragsende eingegangen sein.  
 § 5 Änderungen und Ergänzungen bedürfen zu Ihrer Wirksamkeit der Schriftform.  
 § 6 Ein Wechsel in einen höherwertigen Vertrag oder einen Vertrag mit längerer Laufzeit ist jederzeit möglich.  
 § 7 Bei den von uns organisierten Yogakursen wird Selbstverantwortlichkeit und normale psychische und physische Belastbarkeit vorausgesetzt. Teilnehmerinnen mit Behandlungsbedürftigen Leiden bitten wir, mögliche Ursachen der Beschwerden mit einer behandelnden Ärztin / Heilpraktikerin abzuklären.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum\_\_\_\_\_  
Teilnehmer/In

Ich habe die beiliegenden AGBs gelesen und akzeptiert:

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum\_\_\_\_\_  
Teilnehmer/In