



# Teilnahmeantrag

Ich wünsche die Übermittlung meiner Terminbestätigung an meine unten genannte E-Mail-Adresse!

Bitte per Fax an  
**07931-48129-29**



## Teilnehmer 1

Name/Vorname

Straße

PLZ  Ort

Telefon (tagsüber)  E-Mail Adresse

Krankenkasse

Krankenversicherungsnummer (KVNR) - soweit bekannt -

Geburtsdatum (TT.MM.JJ)  Geschlecht  weiblich  männlich

Einzelzimmer  Doppelzimmer mit Teilnehmer 2  
 Doppelzimmer mit Begleitperson  1  2

## Teilnehmer 2

Name/Vorname

Straße

PLZ  Ort

Telefon (tagsüber)  E-Mail Adresse

Krankenkasse

Krankenversicherungsnummer (KVNR) - soweit bekannt -

Geburtsdatum (TT.MM.JJ)  Geschlecht  weiblich  männlich

Einzelzimmer  Doppelzimmer mit Teilnehmer 1  
 Doppelzimmer mit Begleitperson  1  2

Bitte tragen Sie hier ausschließlich die an dem Programm teilnehmenden Personen ein, auch bei Kinderprogrammen. Handelt es sich nur um eine Begleitperson oder um Kinder mit Kinderbetreuung ohne Teilnahme an den Programmen, tragen Sie den Namen bitte unter Begleitperson ein. Sollte dieser Teilnahmeantrag nicht für die entsprechende Personenzahl ausreichen, verwenden Sie bitte einen zusätzlichen Antrag. Diesen können Sie entweder mittels Kopie anfertigen oder im Internet unter [www.prolax.eu](http://www.prolax.eu) ausdrucken.

## Begleitperson/Kind 1

Name/Vorname

Geburtsdatum (TT.MM.JJ)

Geschlecht  weiblich  männlich

## Begleitperson/Kind 2

Name/Vorname

Geburtsdatum (TT.MM.JJ)

Geschlecht  weiblich  männlich

## Reiseziel/Name der Einrichtung

Terminwunsch vom  bis

## Alternatives Reiseziel/Name der Einrichtung (wenn nicht mit oben genannter identisch)

Alternativtermin vom  bis

### Angebotenes Gesundheitsprogramm

- pro balance\*
- pro lady\*
- pro select\*
- pro family\*

Baustein 1  Baustein 2

z. B. Nordic-Walking z. B. Autogenes Training

Sonstiges Programm z. B. Eltern-/Kind-Programm

## Verlängerungstage

Vorzeitige Anreise am  Spätere Abreise am  Anzahl der Verlängerungstage

Private Zusatzangebote bitte hier eintragen, falls erwünscht. (z. B. Massagen, Vollpension oder sonstige Leistungen gemäß Ausschreibung)

## Kosten/Zahlungsmodalitäten

	Teilnehmer 1	Teilnehmer 2	Begleitperson/ Kind 1	Begleitperson/ Kind 2	Gesamt
Gesamtbetrag des Angebots ohne Krankenkassenzuschuss	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	= <input type="text"/> €
Krankenkassenzuschuss	- <input type="text"/> €	- <input type="text"/> €	→		= - <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Einzelzimmerzuschlag	<input type="text"/> € x <input type="text"/> ÜN = <input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	= <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Verlängerungstag	<input type="text"/> € x <input type="text"/> ÜN = <input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	= <input type="text"/> €
<input type="checkbox"/> Kinderbetreuung	<input type="text"/> € x <input type="text"/> ÜN = <input type="text"/> €	→		<input type="text"/> €	= <input type="text"/> €
<b>Summe</b>	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	= <input type="text"/> €

## Einzugsermächtigung

Sollten Sie keine Einzugsermächtigung erteilen, bitten wir um Überweisung der entsprechenden Eigenanteile bzw. Gesamtbeträge spätestens zwei Wochen vor Reiseantritt. Alle Leistungs-, Kosten- und Termindaten werden Ihnen nochmals in einer Terminbestätigung übermittelt. Ggf. erhalten Sie zuvor eine Zwischennachricht, sollte der von Ihnen gewählte Termin noch nicht über die ausreichende Anzahl von Teilnehmern verfügen.

Ich/wir erteilen Ihnen nach erfolgter Terminbestätigung eine Einzugsermächtigung zur Abbuchung meiner/unsere Eigenanteile bzw. Gesamtbeträge von meinem/unsere unten genannten Konto. Dies gilt für:

Alle auf dem Antrag  Teilnehmer 1  Teilnehmer 2  Begleitperson 1  Begleitperson 2 aufgeführten Personen

Kontonummer  Bankleitzahl  Institut  Kontoinhaber  Datum/Unterschrift Kontoinhaber

## Unterschrift des Kursteilnehmers - Bestätigung und Abtretungserklärung für die Krankenkasse

Mit meiner Unterschrift bestätige(n) ich/wir die mind. 80%ige Teilnahme an den oben genannten Kursen. Bei einer geringeren prozentualen Teilnahme werden mir/uns die Gesamtkosten des jeweils gebuchten Programms in Rechnung gestellt, die ich/wir komplett und ohne Kassenzuschüsse zu entrichten habe(n). In diesem Fall ist eine Krankenkassenabrechnung nicht möglich. Ich/wir willige(n) ein, dass meine/unsere personenbezogenen Daten im Rahmen der prolox-Programme verarbeitet und genutzt werden, sofern dies zur Durchführung und Auswertung der Programme erforderlich ist. Die Daten werden unter den gültigen Datenschutzbestimmungen verwandt. Die Anmeldung ist mit Abgabe an die prolox verbindlich. Im Falle einer Stornierung sind Stornokosten zu entrichten. Die Höhe der jeweiligen Stornokosten entnehmen Sie bitte unseren aktuellen AGB. Es wird diesbezüglich der Abschluss einer Reiserücktrittskostenversicherung empfohlen. Jede Stornierung muss schriftlich erfolgen. Bei Nichtantritt des Teilnehmers zum gebuchten Kurstermin ohne vorherige schriftliche Stornierung, die mind. 2 Tage vor Kursbeginn bei der prolox eingegangen sein muss, wird der Gesamtbetrag (Eigenanteil sowie der etwaige Krankenkassenanteil) zur Zahlung fällig. Wurde nur der Eigenanteil entrichtet und sollte nach Teilnahme am Kursprogramm eine Abrechnung mit der entsprechenden Krankenkasse nicht möglich sein, ist die Differenz zum Gesamtbetrag der Kursgebühren nachträglich an die prolox zu entrichten. Ich/wir erkläre(n) mich/uns mit den AGB's der prolox einverstanden. Mit meiner/unsere Unterschrift trete(n) ich/wir einen etwaigen Krankenkassenanteil an die prolox ab. Damit weise(n) ich/wir meine/unsere Krankenkasse an, den Anteil der Kursgebühren direkt auf das Konto der prolox zu erstatten.

Datum

Unterschrift Teilnehmer 1 (bzw. gesetzlicher Vertreter)

Unterschrift Teilnehmer 2 (bzw. gesetzlicher Vertreter)

Unterschrift Begleitperson 1 (bzw. gesetzlicher Vertreter)

Unterschrift Begleitperson 2 (bzw. gesetzlicher Vertreter)