



MITGLIEDER-VERTRAG

Kunden Nr.	<input type="text"/>	Krankenkasse	<input type="text"/>
Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Strasse	<input type="text"/>	PLZ, Ort	<input type="text"/>
Telefon P)	<input type="text"/>	Telefon G)	<input type="text"/>
Natel	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
Empfohlen durch	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

MITGLIEDSCHAFTEN

Ich möchte folgendes MITGLIEDSCHAFT lösen:

<input type="checkbox"/> 3Mt.	<input type="checkbox"/> 6Mt.	<input type="checkbox"/> 12Mt.+1	<input type="checkbox"/> 24Mt.+2	Fr.
<input type="checkbox"/> Therapie 10er Karte	<input type="checkbox"/> Massage 10er Karte			Fr.
<input type="checkbox"/> Slimyonik 12er Karte.	<input type="checkbox"/> 8 Wochen SPEZIAL-PROGRAMM			Fr.
<input type="checkbox"/> Zuschläge	<input type="checkbox"/> Depot Mitgl.K.	<input type="checkbox"/> Ratenzahlung	Fr. Fr.	

Zahlungsart: bar erhalten EC KK EZ LSV Total Fr.

(Zahlung innert 30Tagen)

Gültigkeit der MITGLIEDSCHAFT von bis

Bemerkungen:

Boll, Datum	Unterschrift Poseidon Mitarbeiter	Unterschrift Mitglied
.....