



BUCHINGER
1920

ANMELDUNG

ZUR GARANTIE DES AUFENTHALTES

Anrede: Herr Frau Titel:
Name:* Vorname:*
Geburtsdatum:* Beruf:
Straße, Nr.:* PLZ Wohnort:*
Land:* Nationalität:*
Telefon:* Mobil:
Fax: E-Mail:*
Sprachen:* Deutsch Englisch Andere:
Anreisedatum:* Abreisedatum:*
Anreiseuhrzeit:

ZAHLUNGSBEDINGUNGEN

Wir bitten Sie, eine Anzahlung von 1.500 EUR innerhalb einer Woche nach Zustellung der Reservierungsbestätigung zu leisten. (Sollte die Anzahlung nicht innerhalb von zwei Wochen nach Erhalt der Reservierungsbestätigung bei uns eingegangen sein, werden wir Ihre Kreditkarte mit 1.500 EUR belasten.) Die Angabe einer Kreditkarte als Garantie Ihrer Buchung ist verpflichtend.

Bitte belasten Sie meine Kreditkarte vor meiner Anreise

Angaben zur Kreditkarte:* VISA MasterCard American Express
Kreditkarteninhaber:* Kreditkartennummer:*
Gültig bis:* CVV (Code Rückseite):*

Anzahlung erfolgt(e) am

per Überweisung auf eines der folgenden Konten:

Stadtsparkasse Bad Pyrmont
IBAN: DE59 2545 1345 0000 00 4242
BIC: NOLADE21PMT

Volksbank Hameln-Pyrmont eG
IBAN: DE08 2546 2160 0251 76 9800
BIC: GENODEF1HMP

KOSTENTRÄGER

Privat, Unterbringungswunsch: Blumenhaus Haupthaus Suite
Andere:

Gesetzliche Krankenkasse

WICHTIGER HINWEIS

**Kostenzusagen der Pflichtversicherungen können von uns nur berücksichtigt werden,
wenn sie vor der Terminvereinbarung bei der Klinik eingehen!**

Bitte beachten Sie, dass gemäß unserer AGB die Zahlung Ihres Aufenthaltes sowie die Schlusszahlung vor Ihrer Abreise aus der Klinik geleistet werden muss. Dafür akzeptieren wir Kredit- und EC-Karten. Schecks können leider nicht akzeptiert werden.

Ich bestätige Ihnen, dass alle oben angegebenen Informationen vollständig und korrekt sind. Mit meiner oben genannten Kreditkarte garantiere ich für die genannten Kosten. Falls die Rechnung nicht bei Abreise beglichen wird, autorisiere ich die Klinik Dr. Otto Buchinger GmbH & Co. KG von meiner Kreditkarte abzubuchen.

Ich habe die Allgemeinen Geschäftsbedingungen, die Hausordnung und die aktuell gültige Preisliste für meinen Aufenthalt zur Kenntnis genommen und akzeptiert. Ich bestätige hiermit verbindlich meine Anmeldung.

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG DATENSCHUTZ

Ja, ich stimme der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten gemäß der datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung zu. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Datenschutzerklärung der Klinik Dr. Buchinger GmbH & Co. KG, einzusehen unter www.buchinger.de/datenschutz, zur Kenntnis genommen habe und diese akzeptiere.

Datum, Unterschrift

Datum, Unterschrift Kreditkarteninhaber (falls abweichend)

* Pflichtangabe

WEITERE FRAGEN ZU IHREN INTERESSEN

Wir organisieren regelmäßig Vorträge und Veranstaltungen. Welche würden Sie besonders interessieren?

Arztvorträge/Präsentationen:

Medizin	Ernährung	Spirituelle & ganzheitsmedizinische Aspekte
Ökologie	Kunst & Kultur	Gartenkunst Reisen

Verschiedenes:

Hauskonzerte	Lesungen	Theater- und Museumsbesuche
Opern/Sinfoniekonzerte	Besichtigungen	Kino

Weiteres:

Möchten Sie eventuell selbst einen Vortrag halten oder einen Abend über ein Themengebiet gestalten, das auch andere Gäste ansprechen könnte? Gerne geben wir Ihnen nach Möglichkeit die Gelegenheit dazu!

Ihr Themenvorschlag:

Wodurch wurden Sie auf unsere Klinik aufmerksam?

Internet, unter:	Printmedium:
Bekante (Name):	Arzt (Name, Ort):
Sonstiges:	

Bitte senden Sie dieses Anmeldeformular ausgefüllt und unterschrieben per Post, Fax oder E-Mail zurück.

HERZLICHEN DANK!

AKTIVITÄTEN, THERAPIE- & BERATUNGSANGEBOTE

Haben Sie Interesse an folgenden Angeboten?

Kurse & Angebote zur Entschleunigung & Entspannung

Manuelle Therapien & Massagen

Physikalische Therapieangebote zur Linderung von Schmerzen

Kosmetische Behandlungen

Minimalinvasive Chirurgie

Ernährungs- & Gesundheitsberatung

Wellness-Behandlungen

Bewegungsangebote/Sport – in der Gruppe

Bewegungsangebote/Sport – mit Personal Trainer

Bewegungsangebote/Sport – individuell

HINWEIS

Wir sind eine Nichtraucher-Klinik – wir bitten Sie daher, zum Rauchen das Klinikgelände zu verlassen.

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG DATENSCHUTZ

Ja, ich stimme der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten gemäß der datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung zu. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Datenschutzerklärung der Klinik Dr. Buchinger GmbH & Co. KG, einzusehen unter www.buchinger.de/datenschutz, zur Kenntnis genommen habe und diese akzeptiere.

Datum, Unterschrift

* Pflichtangabe

Wir danken für Ihre Mitarbeit und möchten Ihre besonderen Wünsche gerne berücksichtigen!