

Anmeldeformular per Post oder Fax an Viva Vita e.V.



NETZWERK GESUNDHEIT e.V.

Herr Frau Mitgliedsnummer (bitte nur bei Nach- oder Ummeldungen): _____

Kennwort (wenn vorhanden, bitte kein Eigenes vergeben): _____

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____ PLZ _____ Ort _____

E-Mail _____ Telefon _____ Telefax _____

Hiermit beantrage ich eine **100%** Mitgliedschaft

- als Einzelmitglied für 35 Euro pro Jahr
- als Sammelmitgliedschaft
 - für max. 3 unabhängige Personen für 50 Euro pro Jahr
 - oder für 4-10 Personen für 85 Euro pro Jahr



Bei Neumitgliedern wird der Mitgliedsbeitrag erst im vierten Monat eingezogen und es besteht zum Ende des dritten Monats ein außerordentliches Kündigungsrecht. Der jährliche Mitgliedsbeitrag ist im Voraus zu zahlen. Der Betrag wird per Bankeinzug entrichtet. Bei Sammelmitgliedschaft wird der aufgeführte Jahresbeitrag je Tarif von einem anzugebenden Konto eingezogen. Die Mitgliedschaft ist mindestens einen Monat vor Ende der Laufzeit zu kündigen, ansonsten verlängert sie sich um ein weiteres Jahr.

Hiermit beantrage ich eine **50%** Mitgliedschaft - Viva Vita light

und spare so bei jedem rezeptpflichtigen Medikament 50% der Rezeptzahlung. Die Mitgliedschaft gilt pro Person. Der Beitrag beträgt nur 10,00 € pro Jahr und wird ausschließlich im Lastschriftverfahren eingezogen. Die Mitgliedschaft ist mindestens einen Monat vor Ende der Laufzeit schriftlich zu kündigen. Andernfalls verlängert sie sich um ein weiteres Jahr und der Mitgliedsbeitrag wird ohne weitere Ankündigung eingezogen.



Hiermit beantrage ich eine **100%** Mitgliedschaft zum einmaligen, kostenfreien Test

- 10 Monate für 3-10 Personen
- 4 Monate für 1-2 Personen*

Nach Ablauf muss sie weder gekündigt werden, noch verlängert sie sich automatisch.
* Die kostenfreie Testmitgliedschaft wird bei einer später erfolgenden Vollmitgliedschaft in jedem Fall angerechnet.



2. Mitglied (Bitte die Kontaktdaten für das 4. bis 10. Mitglied auf einem separaten Blatt ergänzen)

Mitgliedsnummer (wenn vorhanden): _____

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____ PLZ _____ Ort _____

E-Mail _____ Telefon _____ Telefax _____

3. Mitglied Mitgliedsnummer (wenn vorhanden): _____

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____ PLZ _____ Ort _____

E-Mail _____ Telefon _____ Telefax _____

Einzugsermächtigung

- Bankverbindung für Ihre Bonuserstattung bei Testmitgliedschaft Einzugsermächtigung bei Vollmitgliedschaft

Kontoinhaber _____ Bank _____

BLZ _____ Kontonummer _____

Ort _____ Datum/Unterschrift _____

Ich wurde durch folgendes Mitglied geworben

Name _____ Mitgliedsnummer _____

Viva Vita Netzwerk Gesundheit e.V.

Postfach 2045, 61290 Bad Homburg – Telefon: 06081-91 28 61 50 – Telefax: 06081-91 28 61 59

E-Mail: mail@vivavita.de – Internet: www.vivavita.de