

# Anmeldeformular

für Mitglieder der  
Österreichischen Gesellschaft vom Goldenen Kreuze



ÖSTERREICHISCHE  
GESELLSCHAFT VOM  
GOLDENEN KREUZE

## Antrag auf Mitgliedschaft im Mediclass Ärztezentrum

Ich wähle

- Mediclass Privatarzt Classic**  
 **Hauptmitgliedschaft**  **Partnermitgliedschaft**  **Kindermitgliedschaft**

Interne Vermerke:

**B**  **BK**  **KK**

am:

### Persönliche Daten

Geschlecht:  weiblich  männlich

Vorname:

Straße, Nr.:

Telefonnr.:

E-Mail:

Titel:

Nachname:

Postleitzahl:

Handy:

Geburtsdatum:

	Ort:

Krankenkasse:  ÖGK-W  ÖGK-N  BVAE-EB  BVAEB-OEB  KFA-W  SVS-GW  SVS-LW  WVB  Sonstige: \_\_\_\_\_

Mitglieds-Nr. bei der ÖGGK

### Persönliche Daten der Familie (wenn Anmeldung gleichzeitig mit Hauptmitgliedschaft erfolgt)

#### Anmeldung Familie

Im Rahmen meiner Anmeldung möchte ich auch meinen Partner/meine Partnerin oder meine Kinder anmelden und bestätige, dass ich berechtigt bin, die Daten meiner Angehörigen anzugeben. Partner/innen von Hauptmitgliedern sparen 25 % der regulären Monatsgebühr, Ihre Kinder sparen 50 % (2-18 Jahre).

Partner  Kind  Classic  weiblich  männlich

Titel: \_\_\_\_\_ Vor-, Nachname: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum Tag.Monat.Jahr: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Krankenkasse:  ÖGK-W  ÖGK-N  BVAE-EB  BVAEB-OEB  KFA-W  SVS-GW  SVS-LW  WVB  Sonstige: \_\_\_\_\_

Mitglieds-Nr. bei der ÖGGK

Partner  Kind  Classic  weiblich  männlich

Titel: \_\_\_\_\_ Vor-, Nachname: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum Tag.Monat.Jahr: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Krankenkasse:  ÖGK-W  ÖGK-N  BVAE-EB  BVAEB-OEB  KFA-W  SVS-GW  SVS-LW  WVB  Sonstige: \_\_\_\_\_

Mitglieds-Nr. bei der ÖGGK

#### Mediclass Gesundheitsclub GmbH

Viertel Zwei Campus / Gebäude Biz Zwei / Vorgartenstraße 206 C / 1020 Wien / Tel: 01 890 45 20 / info@mediclass.com / www.mediclass.com  
ATU 660 49 322 / FN 353 161f / Kontoverbindung: Mediclass Gesundheitsclub GmbH / Bank: Volksbank Wien / IBAN: AT41 4300 0466 8222 3030  
BIC: VBOEATWW

# Anmeldeformular

für Mitglieder der  
Österreichischen Gesellschaft vom Goldenen Kreuze



ÖSTERREICHISCHE  
GESELLSCHAFT VOM  
GOLDENEN KREUZE

## Mediclass Privatarzt Classic

### 1. Jahr:

- |  |                |  |              |
|--|----------------|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> Hauptmitgliedschaft | € 260,-        | <input type="checkbox"/> Partnermitgliedschaft | € 195,-      |
| <input type="checkbox"/> Zuschuss ÖGGK       | -€ 60,-        | <input type="checkbox"/> Kindermitgliedschaft  | € 195,-/Kind |
|  | <b>€ 200,-</b> |  |              |

### ab 2. Jahr:

- |  |                |  |              |
|--|----------------|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> Hauptmitgliedschaft | € 318,-        | <input type="checkbox"/> Partnermitgliedschaft | € 238,50     |
| <input type="checkbox"/> Zuschuss ÖGGK       | -€ 58,-        | <input type="checkbox"/> Kindermitgliedschaft  | € 195,-/Kind |
|  | <b>€ 260,-</b> |  |              |

**Hinweis:** Die reduzierten Beiträge für ÖGGK-Mitglieder werden von der ÖGGK gestützt. Es besteht kein Rechtsanspruch auf die reduzierten Tarife. Sobald das dafür zur Verfügung stehende Budget ausgeschöpft ist, kann keine Stützung mehr gewährt werden.

## Zahlung

Mitgliedsbeiträge können über Bankeinzug, per Überweisung oder in bar bezahlt werden. Jene Mitglieder, die die Zahlungen über Bankeinzug vornehmen wollen, geben bitte folgende Kontoinformationen bekannt.

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_

Ich ermächtige Sie widerruflich die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Kontos einzuziehen. Meine Bank ist ermächtigt, die Lastschrift einzulösen, aber hierzu nicht verpflichtet, insbesondere wenn mein Konto keine ausreichende Deckung aufweist. Ich habe das Recht, innerhalb von 56 Tagen ab dem Tag der Abbuchung ohne Angabe von Gründen die Rückbuchung einer Zahlung bei meiner Bank zu veranlassen.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Ich nehme zur Kenntnis, dass ein Behandlungsvertrag nicht mit der Mediclass Gesundheitsclub GmbH, sondern mit dem jeweils konsultierten Arzt/Therapeut abgeschlossen wird und daher auch dieser Anspruch auf das mit ihm vereinbarte Honorar hat. Ich erteile hiermit meine Zustimmung, dass Mediclass die Mitgliedsbeiträge bei Fälligkeit von meinem oben angeführten Konto einzieht. Dies gilt auch für die aufgrund der erbrachten Behandlungsleistungen zu verrechnenden Honorare, sofern nicht eine andere Art der Bezahlung im Einzelfall vereinbart wird.

**Eine Jahresmitgliedschaft wird auf die Dauer eines Jahres abgeschlossen. Sie verlängert sich um ein weiteres Jahr sofern nicht spätestens 6 Wochen vor Ablauf schriftlich gekündigt wird. Mediclass wird das Mitglied spätestens 3 Monate vor dem (frühestmöglichen) Ende der Mitgliedschaft auf die Bedeutung der nicht (oder nicht fristgerecht) erfolgten Kündigung hinweisen.**

### Datenschutzinformation:

Mediclass verarbeitet die im vorliegenden Anmeldeformular bekannt gegebenen personenbezogenen Daten der Mitglieder bzw. Beitrittswerber auf der Grundlage des Mitgliedsvertrags zwischen Mediclass und dem Mitglied (bzw. bei Beitrittswerbern zur Durchführung der vorvertraglichen Maßnahmen) zum Zweck der Abwicklung der vertraglich vereinbarten Leistungen und der Mitgliederverwaltung. In keinem Fall wird Mediclass persönliche Daten zu Werbe- oder Marketingzwecken an Dritte weitergeben.

**Ich nehme zur Kenntnis, dass der jeweilige behandelnde Arzt/Therapeut zur Inanspruchnahme ärztlicher/therapeutischer Leistungen im Mediclass-Zentrum, zur Erfüllung der gesetzlichen Dokumentationspflichten sowie zu Abrechnungszwecken (im erforderlichen Umfang) Zugriff auf meine oben angegeben personenbezogenen Daten erhält.**

Weitere Informationen zum Thema Datenschutz erhalten Sie in unserem Datenschutz-Folder und auch unter [www.medicclass.com/datenschutz](http://www.medicclass.com/datenschutz).

**Mediclass-Kundennewsletter:** Mediclass versendet an seine Mitglieder ca. einmal pro Monat einen Kunden-Newsletter per E-Mail mit aktuellen Informationen zu unserem Zentrum, Mediclass-Angeboten und Gesundheitsthemen. Sie können sich von unserem Newsletter jederzeit abmelden (per Link im Newsletter oder per E-Mail an [info@mediclass.com](mailto:info@mediclass.com)).

NEIN, ich möchte diesen Newsletter nicht erhalten.

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne unter [info@mediclass.com](mailto:info@mediclass.com) oder telefonisch zur Verfügung.

Mit meiner Unterschrift akzeptiere ich die Allgemeinen Geschäftsbedingungen von Mediclass, abrufbar auf der Website [www.medicclass.com](http://www.medicclass.com) und bestätige, dass diese einen integrierten Bestandteil des zwischen mir und der Mediclass Gesundheitsclub GmbH abgeschlossenen Vertrages bilden.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

### Mediclass Gesundheitsclub GmbH

Viertel Zwei Campus / Gebäude Biz Zwei / Vorgartenstraße 206 C / 1020 Wien / Tel: 01 890 45 20 / [info@mediclass.com](mailto:info@mediclass.com) / [www.medicclass.com](http://www.medicclass.com)  
ATU 660 49 322 / FN 353 161f / Kontoverbindung: Mediclass Gesundheitsclub GmbH / Bank: Volksbank Wien / IBAN: AT41 4300 0466 8222 3030  
BIC: VBOEATWW