

Information Aquafitness

Aqua Fit – der sanfte Weg zur Fitness

Das Wasser bietet durch seine einzigartigen Eigenschaften, wie z.B. Auftrieb und Wasserwiderstand, einen Platz für ein gelenkschonendes Training. Unser Angebot richtet sich an Männer und Frauen, Anfänger und Fortgeschrittene jeden Alters, die Spaß an gemeinsamer Bewegung im Wasser haben und etwas für ihre Gesundheit tun möchten.

Zielsetzung der Aqua Fit-Kurse

- Steigerung von Kraft und Ausdauer
- Verbesserung von Gleichgewicht, Koordination und Gelenkbeweglichkeit
- Verminderung von Risikofaktoren (z.B. Herz-Kreislaufkrankungen)
- Freude an Bewegung
- Gewichtsreduktion

Kursinformationen

Die Wassertemperatur unseres Beckens beträgt 31-32°C

Kurstag	Selbstzahler-Gruppen 30	Selbstzahler-Gruppen 45
Montag	11.30	18.45, 19.30, 20.15
Dienstag	12.00	17.15, 18.00, 18.45
Mittwoch	11.30	08.00, 16.45, 17.30, 18.15, 19.00, 19.45
Donnerstag	12.00, 19.00	13.30, 17.00, 17.45, 19.30, 20.15
Freitag		08.00
Kursdauer	10 x 30 Minuten	10 x 45 Minuten
Kursgebühr	96 Euro	105 Euro

Kursplätze werden nur mit vorliegender Anmeldung vergeben.

Freie Termine können Sie über die oben angegebenen Kontaktdaten anfragen.

Abteilung Physiotherapie

Telefon: 05224 694-262

Telefax: 05224 694-814 262

Mail: KG@krankenhaus-enger.de

Anmeldung Aquafit

Ich melde mich verbindlich zum unten angegebenen Kurs im Krankenhaus Enger an.

Name:
Vorname:
Adresse:
PLZ/Wohnort:
Telefon:
E-Mail Adresse:
Kurstag/Kurs-Zeit:

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Zahlungsempfänger: Ev. Krankenhaus Enger gGmbH, Hagenstr. 47, 32130 Enger, Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer.: DE7500200000222301

Mandatsreferenz:

Ich/Wir ermächtige/n den Zahlungsempfänger von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Ich kann/wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name Kontoinhaber:
IBAN des Zahlungspflichtigen:
BIC des Zahlungspflichtigen:
Betrag:
Ort/Datum:
Unterschrift Kontoinhaber: