

Abteilung Physiotherapie

Telefon: 05224 694-262

Telefax: 05224 694-814 262

Mail: KG@krankenhaus-enger.de

Information Trainingszirkel in der Gruppe

Training im Alter

Sie sind zwischen 50 und 80 Jahren und haben noch eine gewisse Grundfitness?

Sie möchten etwas für den Erhalt Ihrer Gesundheit tun und in der Gruppe Spaß haben?
Dann sollten Sie am Trainingszirkel im Krankenhaus Enger teilnehmen.

Regelmäßige Bewegung und Sport sind im Alter ebenso wichtig wie in jüngeren Jahren.

Häufig erhöht sich die Bedeutung eines angemessenen Trainings aufgrund körperlicher Unterforderung durch den Rückgang der alltäglichen Belastung

Gruppenziele

- Kraft und Ausdauer können bis ins hohe Alter trainiert werden
- Die körperliche Leistungsfähigkeit kann gesteigert werden
- Durch das Miteinander beim Sport werden soziale Kontakte gestärkt

Kursinformationen

| Kurstag | Uhrzeit |
|-------------------|------------------------|
| Dienstag | 15.00 |
| Mittwoch | 10.00, 16.00 |
| Freitag | 10.00 |
| Kursdauer | 10 x 60 Minuten |
| Kursgebühr | 80 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 Trainingszirkel

Ich melde mich verbindlich zum oben 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: |