

INFORMACIÓN PARA AFILIADOS

Afiliado principal: _____ Edad: ____ Fecha de nacimiento: _____ Género: M F
 Nombre preferido para inicio de sesión del afiliado principal: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Teléfono principal: _____ Teléfono alternativo: _____
 Correo electrónico principal: _____ Correo electrónico alternativo: _____
 Afiliado secundario: _____ Edad: ____ Fecha de nacimiento: _____ Género: M F
 Nombre preferido de inicio de sesión para el afiliado secundario: _____

Dependientes, menores de 18 años (o estudiantes de tiempo completo de 18 a 21 años), que viven en su hogar, que se agregarán a la membresía:

Nombre: _____ Edad: ____ Fecha de nacimiento: _____ Género: M F
 Nombre preferido de inicio de sesión: _____
 Nombre: _____ Edad: ____ Fecha de nacimiento: _____ Género: M F
 Nombre preferido de inicio de sesión: _____
 Nombre: _____ Edad: ____ Fecha de nacimiento: _____ Género: M F
 Nombre preferido de inicio de sesión: _____

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

Nombre: _____ Nombre: _____
 Relación: _____ Relación: _____
 Teléfono: _____ Teléfono: _____

OPCIONES DE MEMBRESÍA

Marque la opción de membresía	Diaria	1 mes	6 meses <small>(se paga en su totalidad o se paga mensualmente con ACH/giro bancario)</small>	12 meses <small>(se paga en su totalidad o se paga mensualmente con ACH/giro bancario)</small>
<input type="checkbox"/> Individual	\$5/persona	\$35	\$175 (\$29.17/al mes)	\$350 (\$29.17/al mes)
<input type="checkbox"/> Individual +1	\$5/persona	\$55	\$275 (\$45.83/al mes)	\$550 (\$45.83/al mes)
<input type="checkbox"/> Individual de adulto mayor	\$5/persona	\$30	\$150 (\$25/al mes)	\$300 (\$25/al mes)
<input type="checkbox"/> Adulto mayor +1	\$5/persona	\$50	\$250 (\$41.67/al mes)	\$500 (\$41.67/al mes)
<input type="checkbox"/> Estudiante	\$5/persona	\$15	\$90 (\$15/al mes)	\$180 (\$15/al mes)
<input type="checkbox"/> Militar	\$5/persona	\$15	\$90 (\$15/al mes)	\$180 (\$15/al mes)

Individual: mayor de 18 años no estudiante

Individual +1: dos personas que vivan en el mismo hogar. El miembro principal que aparece en el contrato de membresía es el titular del contrato y el responsable del pago y de todas las decisiones sobre la cuenta.

Individual de adulto mayor: más de 62 años

Adulto mayor +1: dos personas que tengan más de 62 años y vivan en el mismo hogar.

Estudiante: desde los 12 años hasta la universidad (debe proporcionar una identificación de estudiante universitario)

Militar: incluye militares en servicio, retirados y de baja con honores. Para que pueda calificar para el estado militar, se debe presentar una identificación de militar.

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD

_____ En consideración a que el RMC Bob Holtz Wellness Center (BHWC) concede al participante el permiso para participar de forma voluntaria en actividades/ programas, por la presente asumo todos los riesgos de lesiones personales, incluida la muerte, y daños a la propiedad que puedan resultar de cualquier actividad/programa, tanto supervisados como sin supervisión. Reconozco que he completado la orientación requerida. Por la presente, libero y acepto indemnizar, defender y eximir de responsabilidad a RMC Bob Holtz Wellness Center, sus empleados, funcionarios, agentes y voluntarios, presentes y futuros, y a todos los participantes en el programa/actividad de y contra toda responsabilidad, incluidas las reclamaciones y juicios ante la ley o en equidad, por daños o lesiones, fatales o de otro tipo, descubiertos ahora o más adelante, que pueden ser el resultado de cualquier negligencia o de que el participante tome parte en actividades/programas ofrecidos por RMC Bob Holtz Wellness Center en cualquier lugar en el que estas actividades pudieran llevarse a cabo.

_____ Entiendo que RMC Bob Holtz Wellness Center utiliza cámaras de seguridad en las áreas de ejercicio, pero la presencia de las cámaras no pretende proporcionar respuesta inmediata a cualquier problema que pueda surgir mientras se utiliza el centro.

_____ Entiendo que RMC Bob Holtz Wellness Center no es responsable por ningún artículo perdido o robado.

_____ Entiendo que mi privilegio de usar RMC Bob Holtz Wellness Center puede ser revocado si no sigo las políticas y reglamentos establecidos.

Advertencia de riesgo: Los ejercicios aeróbicos y otros ejercicios de acondicionamiento físico, que incluyen elementos como entrenamiento pasivo/de resistencia con pesas, uso de escaladoras, caminadoras y otros dispositivos de entrenamiento, a pesar de la preparación, la instrucción, el consejo médico, el acondicionamiento y el equipo, son un riesgo importante de lesiones. Usted tiene la responsabilidad de determinar si es físicamente apto para estas actividades. Es aconsejable consultar a un proveedor de atención médica antes de iniciar cualquier programa de ejercicios físicos.

AFILIADOS CON ACCESO A HORARIO SIN PERSONAL (deben tener 18 años o más)

El acceso al centro de bienestar fuera del horario de atención con personal está reservado solo para afiliados. Los invitados que no sean afiliados no pueden ingresar al centro fuera del horario normal con personal. Todas las personas que ingresen al centro de bienestar deben registrarse en la recepción. Si usted desobedece alguno de los términos y condiciones o comparte su tarjeta de acceso con otras personas o permite que jóvenes de 15 años o menos accedan al centro con su tarjeta, nos reservamos el derecho de limitar o cancelar de inmediato su acceso en horario sin personal o su membresía. (Consulte las "Políticas y reglas de uso de las instalaciones de RMC Bob Holtz Wellness Center" para conocer todas las políticas y reglas

_____ Acepto las políticas de acceso en horario sin personal y acepto la responsabilidad por cualquier persona a la que yo permita el ingreso al centro fuera del horario normal con personal..

_____ Reconozco que he recibido las políticas y reglas de uso de las instalaciones de Bob Holtz Wellness Center y acepto dichos términos.

_____ Acepto toda la responsabilidad y obligación de mis hijos de 16 a 17 años que accedan al Bob Holtz Wellness Center durante el horario sin personal.

He leído y entiendo la "Exención de responsabilidad", "Afiliados con acceso en horario sin personal", así como las "Políticas y reglamento de uso de las instalaciones de RMC Bob Holtz Wellness Center". Mi firma a continuación indica mi cumplimiento con todas las políticas y reglas de RMC Bob Holtz Wellness Center.

Firma del afiliado principal

Fecha

Firma del representante legal del afiliado menor de edad

Fecha

Firma de testigo del personal del centro de bienestar

Firma de testigo del personal del centro de bienestar

Fecha