



Reha-Sportgruppe Hude e.V * Parkstraße 20 * 27798 Hude * Tel 04408-807093*
 * Email* Reha-Sportgruppe-Hude@gmx.de * Homepage * www.reha-sportgruppe-hude.de

Mitgliedsantrag

Hiermit erkläre ich ab _____ meinen Beitritt als Mitglied in Kurs: _____

Anrede:	Mitgliedsnummer (wird intern vergeben)
Name:	Vorname:
Geb.-Datum:	Straße:
PLZ:	Ort:
Telefon:	E-Mail:
Versicherungsträger / Krankenkasse	Versicherungsnummer:

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an.

Beitragsordnung ab 2019

Beitragsklasse	Beitragshöhe pro Jahr	Einzugshöhe	Einzugsdatum
Grundbeitrag	115,00 EUR	57,50 EUR	01.04. und 01.10.
Zusatz Wassergymnastik	50,00 EUR	25,00 EUR	01.03. und 01.09.
einzigste Teilnahme Nordic Walking	72,00 EUR	36,00 EUR	01.04. und 01.10.

Die Kündigung der Mitgliedschaft kann nur schriftlich zum Ende des Halbjahres (Jun / Dez) mit vierwöchiger Kündigungsfrist (Mai / Nov) erfolgen.

Eine Rückerstattung des Beitrages wegen Nichtinanspruchnahme der Übungsstunden wird ausgeschlossen.

Ort, Datum

Unterschrift des Mitglieds (der/des gesetzl. Vertreter/s)

Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Ich ermächtige die **REHA-Sportgruppe Hude e.V.** Zahlungen von meinem oben genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Reha-Sportgruppe Hude e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

Mandatsreferenz: lfd. Mitgliederverwaltungsprogramm Nr. _____

Gläubiger-Identifikations-Nr.: DE71ZZZ00001016803

Kreditinstitut: _____ BIC: _____

IBAN: _____

Kontoinhaber: _____

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

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Gesundheitsfragebogen

Um eine gute Versorgung innerhalb der Sportstunde zu erleichtern, ist es wichtig, dass die Übungsleiter auch über evtl. Nebenerkrankungen informiert sind. Besonders wichtig wird das, falls es mal zu einem Unfall kommen sollte. Deshalb möchten wir Dich bitten, uns diese Fragen zu beantworten. Liegt bei Dir eine:

Astmaerkrankung	ja___	nein___
COPD	ja___	nein___
Diabetes	ja___	nein___
Herzerkrankung	ja___	nein___
Hepatitis	ja___	nein___

vor? Diese Daten werden durch einen Schlüssel in die Teilnehmerlisten aufgenommen und selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Datenschutz / Persönlichkeitsrechte

Mit der Speicherung, Übermittlung und der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und den Regelungen der Vereinssatzung bin ich einverstanden. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über diese Daten von mir zu erhalten. Meine Daten werden nach meinem Austritt aus dem Verein gelöscht. *Weitere Informationen entnehmen sie bitte dem Mitgliederinformationsblatt.*

Ort, Datum

Unterschrift des Mitgliedes