



Reha-Sportgruppe Hude e.V \* Parkstraße 20 \* 27798 Hude \* Tel 04408-807093  
\* Email\* [Reha-Sportgruppe-Hude@gmx.de](mailto:Reha-Sportgruppe-Hude@gmx.de) \* Homepage \* [www.reha-sportgruppe-hude.de](http://www.reha-sportgruppe-hude.de)

## Mitglieder - Beitrittserklärung

Hiermit erkläre ich ab dem \_\_\_\_\_

als Mitglied dem Kurs am \_\_\_\_\_ um : \_\_\_\_\_ Uhr regelmäßig teilzunehmen.

**\*Herr / \* Frau**

(\*nichtzutreffendes streichen)

**Mitgliedsnummer**

(wird intern vergeben)

**Name:**

**Vorname:**

**Geb.-Datum:**

**Straße:**

**PLZ:**

**Ort:**

**Telefon:**

**E-Mail:**

**Die Mitgliedschaft ist auf 6 Monate mindestens festgelegt.**

**Die Kündigung ist nur schriftlich bis zum 31.05. oder 30.11. des Jahres möglich. Kündigung wird wirksam zum 30.06. oder 31.12. des Jahres.**

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung, Vereinsrichtlinie, Datenschutzerklärung und Gebühren Richtlinie des Vereins an. Alle erforderlichen Datensätze wurden mir ausgehändigt.

### 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.*

### 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:

Asthmaerkrankung	ja ___	nein ___
COPD	ja ___	nein ___
Diabetes	ja ___	nein ___
Herzkrankung	ja ___	nein ___
Hepatitis	ja ___	nein ___

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

Ort, Datum

Unterschrift des Mitgliedes

### 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

---