

SGR Schleswig
-Geschäftsstelle-
Friedrich-Ebert-Straße 9
24837 Schleswig

AUFNAHMEANTRAG

Ich beantrage die Aufnahme in den Sportverein für Gesundheit und Rehabilitation Schleswig von 1952 (SGR Schleswig) als ordentliches Mitglied zum nächstmöglichen Termin.

Name: _____

Geb. Datum: _____

Vorname: _____

Ich habe einen (GdB) von: ____ %

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Sportangebote: (Bitte gewünschtes Sportangebot ankreuzen.)

Kinderturnen ☐

1x wöchentlich = 15,- Euro im Monat (Nur 1 Kreuz ist möglich)	2x wöchentlich nur Wasser = 30,- Euro im Monat (Nur 1 Kreuz ist möglich)	2x wöchentlich 1xWasser+1x Trocken Oder 2x Trocken= 22,50
Aqua-Jogging <input type="checkbox"/>	Aqua-Jogging <input type="checkbox"/>	Aqua-Jogging <input type="checkbox"/>
Wassergymnastik <input type="checkbox"/>	Wassergymnastik <input type="checkbox"/>	Wassergymnastik <input type="checkbox"/>
Schwimmen <input type="checkbox"/>		
Trockengymnastik <input type="checkbox"/>		Trockengymnastik <input type="checkbox"/>
Herzsport <input type="checkbox"/>		
Sport nach Schlaganfall <input type="checkbox"/>		
Lungensport <input type="checkbox"/>		

Tag und Uhrzeit der Gruppe: _____

Die Mitgliedschaft ist bei Vorlegen einer Verordnung (Krankenkasse/Rentenversicherung) Freiwillig und beinhaltet die Sportversicherung.

Ich verpflichte mich, die satzungsgemäßen Vereinbarungen zu beachten, die Interessen des Vereins u fördern und den Beitrag pünktlich zu entrichten, als:

Erwachsene/r ☐ aktives Mitglied ☐ passives Mitglied

Kind ☐ aktives Mitglied ☐ passives Mitglied

Ort/ Datum

Unterschrift (bei Kindern der/s Erziehungsberechtigten)

**Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats an:
Zahlungsempfänger Sportverein für Gesundheit und Rehabilitation Schleswig von 1952**

Gläubiger-ID-Nr. DE13ZZZ00000239907

Mandatsreferenz-Nr.*

Kontoinhaber/in ☐ Name, Anschrift wie oben/Seite 1

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/ Ort: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Name der Bank: _____

Einzugsermächtigung Ich ermächtige den SGR Schleswig, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch halbjährige Lastschrift vom o.g. Konto einzuziehen.

Mandat für Einzug von SEPA-Basis-Lastschrift Ich ermächtige den SGR Schleswig Zahlungen vom o.g. Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die SGR Schleswig auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.
Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

☐ Mandat gilt für eine einmalige Zahlung ☐ Mandat gilt für eine wiederkehrende Zahlung

Ort, Datum

Unterschrift des/ der Kontoinhaber/s

*Die Mandatsreferenz-Nr. wird mit dem Einzug des Lastschriftbetrages mitgeteilt

Datenschutz

Im SGR Schleswig werden Ihr Daten (Name, Vorname, Geb. Datum, Adresse) aus Versicherungsgründen (Unfall u. Haftpflicht) in der EDV gespeichert. Die Daten werden bei Austritt aus dem Verein oder bei Ende der Verordnung gelöscht.

Bei Reha-Sportlern mit Verordnung werden die Daten zur Abrechnung mit den Krankenkassen(Abrechnungsstelle)elektronisch durch den RBSV S-H an das medizinische Rechenzentrum (Soz. Gesetz nach§ 302 SGB V) weitergeleitet.

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis.

Unterschrift