

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

--- hier knicken, dann paßt der Fensterumschlag

## 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.)

Aquajogging

Kegeln

Sport nach Schlaganfall

Gymnastik

Kinderturnen

Wassergymnastik

Herzsport

Schwimmen

**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 zu 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. DE 13ZZZ00000239907

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 Lastschrift vom o.g. Konto einzuziehen. Halbjährliche Zahlungsabbuchung 10,- € pro Erwachsener pro Monat und 6,- € pro Kind pro Monat

## 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 Ihre 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