

Aufnahmeantrag Rehabilitationssport (Gruppe 4/5)

.....
(Name, Vorname) (Geburtsdatum)

.....
(PLZ) (Ort) (Straße)

.....
(E-Mail) (Telefon / Mobil)

Sie sind dazu verpflichtet, bei Vorliegen eines relevanten gesundheitlichen Risikos die Übungsleiterin / den Übungsleiter vor der Sportausübung darüber in Kenntnis zu setzen.

Grad der Behinderung (GdB) – mindestens 20% - wenn zutreffend, bitte ankreuzen:

Datenschutzerklärung

Wir weisen gemäß Art. 13 DSGVO darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und –betreuung folgende Daten der Mitglieder in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden:

Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummern, Mailadressen, Kontoverbindungen, Sportarten, Übungsleiterlizenzen, Funktionen, Eintrittsdatum und im Reha- und Herzsport Gesundheitsdaten. Liegt eine Verordnung vor, werden Ihre Daten zum Zweck der Abrechnung an den Rehabilitations- und Behinderten-Sportverband Schleswig-Holstein e.V. übermittelt.

Gemäß Artikel 15 DSGVO haben Sie das Recht, vom Verein eine Bestätigung darüber zu verlangen, welche personenbezogenen Daten über Sie gespeichert sind und wozu diese verwendet werden.

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser personenbezogenen Daten durch den Verein im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden. Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

Die Mitgliedschaft ist **unbefristet**.

Sie kann jeweils zum **30. Juni bzw. 31. Dezember schriftlich gekündigt** werden.

Ein Wechsel innerhalb gleicher Gruppen ist in Abstimmung mit dem Übungsleiter/in jederzeit möglich.

Der monatliche Mitgliedsbeitrag beträgt für den Rehabilitationssport

Dauer 60 Minuten = 8,00 Euro (48,00 Euro im Halbjahr)

Dauer 90 Minuten = 10,50 Euro (63,00 Euro im Halbjahr).

Die Mitgliedsbeiträge werden **halbjährlich im Lastschriftverfahren** eingezogen.

Ohne Einzugsermächtigung ist eine Mitgliedschaft nicht möglich.

Die **Satzung** können Sie von unserer Webseite <http://www.sgr-badbramstedt.de/links.html> herunterladen oder sich eine gedruckte Fassung von der Übungsleiterin/dem Übungsleiter aushändigen lassen.

Bitte unterzeichnen Sie nach Kenntnisnahme auch das rückseitige SEPA-Basislastschrift-Mandat für wiederkehrende Zahlungen.

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt in den SGR:

..... (Ort, Datum) (Unterschrift)

<u>1. Vorsitzender</u> Himmet Kaysal Friedrichstraße 9 25548 Kellinghusen Tel.: 0173 / 92 32 229	<u>2. Vorsitzender</u> Armin Krüger An der Hudau 22 24576 Bad Bramstedt	<u>Kassenwartin und Vereinsanschrift</u> Stefania Olerich Berliner Platz 3e 24576 Bad Bramstedt Tel.: 04192 / 819 15 76	<u>Schriftführerin</u> Uta Kaysal Friedrichstraße 9 25548 Kellinghusen Tel.: 04822 / 303 68 91	<u>Jugendwartin</u> Angela von Freyberg Stormarnring 47 24576 Bad Bramstedt Tel.: 0163 / 645 81 23
--	--	---	--	--

SEPA Lastschriftmandat für

Sportverein für Gesundheit und Rehabilitation Bad Bramstedt von 1981 e.V. (SGR)

Berliner Platz 3e, 24576 Bad Bramstedt

Gläubiger-Identifikationsnummer des SGR: DE74SGR00000271692

Die **Mandatsreferenz** wird Ihnen separat mitgeteilt (Mitgliedsnummer)

SEPA Lastschriftmandat

Ich ermächtige den

Sportverein für Gesundheit und Rehabilitation Bad Bramstedt von 1981 e.V. (SGR)

Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom

Sportverein für Gesundheit und Rehabilitation Bad Bramstedt von 1981 e.V. (SGR)

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 dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

.....
(Vorname und Name des Kontoinhabers)

.....
(Straße, Hausnummer, PLZ, Ort des Kontoinhabers)

.....
(Name des Kreditinstituts)

DE

(Internationale Bankleitzahl **BIC** des Zahlungsdienstleisters des Kontoinhabers)

DE

(Internationale Bankkontonummer **IBAN** des Kontoinhabers)

.....
(Ort, Datum und Unterschrift)

Bei vom Kontoinhaber abweichenden Zahlungspflichtigen:

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für das SGR-Mitglied / Kind:

.....
(Vorname und Name)

Wichtiger Hinweis: Bitte tragen Sie Ihre Bankdaten (BIC und IBAN) deutlich lesbar in die dafür vorgesehenen Kästchen ein. Sie vermeiden damit unnötige Kosten für fehlerhafte Rückbelastungen. Vielen Dank!