

Aufnahmeantrag Herzsport und orthopädischen Rehabilitationssport (Gruppe)

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

.....
(PLZ) (Ort) (Straße)

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

Um nach dem Rehabilitationsgesetz einen Kostenbeitrag bei den zuständigen Krankenkassen beantragen zu können, ist es erforderlich, dass eine ärztliche Verordnung (*Muster 56*) vorliegt, die von der Krankenkasse und Ihrem Hausarzt genehmigt und von Ihnen unterschrieben sein muss.

Voraussetzung für die Kostenerstattung ist, dass Sie **jede Teilnahme mit Ihrer Unterschrift dokumentieren** (Formblatt *Teilnahmebestätigung*).

Nach Ablauf der Verordnung bzw. ohne Folgeverordnung ist die weitere Teilnahme nur nach Abschluss eines Mitgliedsvertrages (10,00 € / Monat) möglich. **Bitte achten Sie deshalb in Ihrem eigenen Interesse auf die Laufzeiten Ihrer Verordnungen.**

Die Mitgliedschaft ist bei Vorliegen einer genehmigten Verordnung freiwillig und beinhaltet die vorgeschriebene Sportversicherung. In diesem Fall ist die genehmigte regelmäßige Teilnahme bis zum Auslaufen der Verordnung kostenfrei, jedoch beschränkt auf die vom Gesetzgeber vorgegeben Übungszeiten von 60 Minuten Herzsport bzw. 45 Minuten Rehasport. Bei unregelmäßiger Teilnahme behalten wir uns vor, Ihre Krankenkasse zu informieren. Nach Ablauf der Verordnung haben Sie die Möglichkeit, als ordentliches Mitglied beitragspflichtig weiter am Reha- bzw. Herzsport teilzunehmen. Bitte beachten Sie, dass alle Beiträge im Lastschriftverfahren eingezogen werden und eine SEPA Einzugsermächtigung vorliegen muss.

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.

Ohne Verordnung beträgt der monatliche Mitgliedsbeitrag für den orthopädischen Rehasport und Herzsport **10,00 Euro (60,00 Euro im Halbjahr).**

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

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

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

<u>1. Vorsitzende:</u> Ellen Mundt Heidmoorer Straße 51 24576 Weddelbrook Tel.: 04192/ 1442	<u>2. Vorsitzende:</u> Shaja Krüger An der Hudau 22 24576 Bad Bramstedt Tel.: 0176/ 21728237	<u>Kassenwartin und Vereinsanschrift:</u> Stefania Olerich Berliner Platz 3e 24576 Bad Bramstedt Tel.: 04192/819 15 76	<u>Schriftführer:</u> Armin Krüger An der Hudau 22 24576 Bad Bramstedt	<u>Jugendwartin:</u> Mimi Bergmann Unter der Lieth 17 24576 Bad Bramstedt	1
---	--	--	---	--	----------

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!

<p>1. Vorsitzende: Ellen Mundt Heidmoorer Straße 51 24576 Weddelbrook Tel.: 04192/ 1442</p>	<p>2. Vorsitzende: Shaja Krüger An der Hudau 22 24576 Bad Bramstedt Tel.: 0176/ 21728237</p>	<p>Kassenwartin und Vereinsanschrift: Stefania Olerich Berliner Platz 3e 24576 Bad Bramstedt Tel.: 04192/819 15 76</p>	<p>Schriftführer: Armin Krüger An der Hudau 22 24576 Bad Bramstedt</p>	<p>Jugendwartin: Mimi Bergmann Unter der Lieth 17 24576 Bad Bramstedt</p>	2
--	---	--	--	---	----------