

Aufnahmeantrag

Name/Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Telefon: _____
Für Kind gesetzl. Vertreter: _____
Anschrift: _____ PLZ: _____ Wohnort: _____
Krankenkasse: _____
Versorgungsamt: _____ Grundlisten-Nr.: _____
Berufsgenossenschaft: _____ Akt.z. _____
Grad der Behinderung (GdB) : _____ %
lt. Bescheid des Versorgungsamtes vom _____
Behinderungen (Diagnose) : _____

Die Beiträge werden im Kontoabbuchungsverfahren erhoben. Fälligkeit am 01. März des laufenden Jahres.

Jahresbeiträge:

bis 17 Jahre	48,-- €
ab 18 Jahre	60,-- €

Das Beitragseinzugsermächtigungsfomular habe ich erhalten.

Die Kosten für die Sportunfallversicherung und die Mitgliedschaft im BS-Landesverband sind im Beitrag enthalten, ebenso die Kosten für die Teilnahme an allen Übungsstunden, die von speziell ausgebildeten Fachkräften geleitet und ärztlich betreut werden.

Alle Angaben dienen der organisatorischen und sportpädagogischen Arbeitsplanung!

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und unterliegen dem Datenschutz, soweit es sich um persönliche Angaben handelt. Für alle med. Informationen (Diagnose/Therapie) gilt die ärztliche Schweigepflicht auch für Übungsleiter. Es gilt unsere Satzung in der jeweils gültigen Fassung.

Ort, Datum

Unterschrift (Antragsteller)
oder des Erziehungsberechtigten

- Anlage(n)
- 1 Nachweis der Behinderung
(Bescheinigung des Versorgungsamtes oder sonst. Ärztl. Befund)
 - 2 Einzugsermächtigung