

Aufnahmeantrag

Mitglieds-Nr.

Name _____ Vorname _____
 Strasse, Haus Nr. _____ PLZ,Ort _____
 Geburtsdatum _____ Staatsangehörigkeit _____
 Tel.: _____ Fax: _____
 Geschlecht: W M E-Mail: _____



Ich beantrage die Aufnahme als Mitglied in den Behinderten -und Rehabilitationssportverein Lörrach(BRSV) e.V. und möchte in folgender Sportgruppe teilnehmen.

Rehabilitationssport (bitte Sportgruppe ankreuzen) **Abt.**

<input type="radio"/>	Gymnastik für Wirbelsäule und Gelenke sowie Osteoporose (Kreissporthalle. Lörrach Mo 19:30-20:30 Uhr) ÜL Frau Scheibler	11
<input type="radio"/>	Sport für Diabetiker (Th.-Heuss-Realschule Lörrach Mo 16:50-18:15 Uhr) ÜL Frau Schmidt-Steininger	20
<input type="radio"/>	Asthma/Lungensport (COPD) (Diakonie, Stettiner Str.12 Weil Mi 16:45-17:45 Uhr) ÜL Frau Gern	21
<input type="radio"/>	Asthma/Lungensport (COPD) (Fridolinschule Lörrach, Mi 18:30-19:30 Uhr) ÜL Frau Gern	22
<input type="radio"/>	Asthma/Lungensport (COPD) (Gymnasium Rheinfelden Fr 16:00-17:00 Uhr) ÜL Frau Gern	23
<input type="radio"/>	Koronar/Herzsport (Kreissporthalle. Lörrach Di 17:00-18:00 Uhr) ÜL Bettina Reiff	31
<input type="radio"/>	Koronar/Herzsport (Kreissporthalle. Lörrach Di 17:00-18:00 Uhr) ÜL Silvio Gern	32
<input type="radio"/>	Koronar/Herzsport (Eichendorffhalle Lörrach Do 18:00-19:00Uhr) ÜL Joey Gern	33
<input type="radio"/>	Koronar/Herzsport (Leopoldschulhalle Weil Di 16:30-17:30Uhr) ÜL Frau Schmidt-Steininger	34
<input type="radio"/>	Koronar/Herzsport (Eichendorffhalle Lörrach Do 19:00-20:00Uhr) ÜL Joey Gern	36
<input type="radio"/>	Fußball für Menschen mit geist. Behinderung (Wintersbuckhalle Lörrach Mi 18:30-19:30Uhr) ÜL Hr. Kaiser ÜL Hr. Gravino	50
<input type="radio"/>	Gymn/Entspannung für Menschen mit geist. Behinderung (Lebenshilfe Industriestr. 4, Mi 16:15-17:15 UHR) ÜL Hr. Heinze	51
<input type="radio"/>	Kegeln/Bowling für Menschen mit geist. Behinderung (Impulsiv, Mi 17:00-18:00Uhr) ÜL Frau Kaiser ÜL Hr Kaiser	52
<input type="radio"/>	Gymn/Kegeln für Menschen mit geist. Behinderung (Eichendorffhalle, Mi 16:30-18:00) ÜL Frau Keller	53

Breiten- und Gesundheitssport

<input type="radio"/>	Wassergymnastik/Aqua-Fit 1 (Hallenbad Lörrach September-April 19:50-21:00 Uhr) ÜL Frau Fischer	14
<input type="radio"/>	Wassergymnastik/Aqua-Fit 2 (Hallenbad Lörrach September-April 19:50-21:00 Uhr) ÜL Hr. Jakobi	15
<input type="radio"/>		
<input type="radio"/>		

Geschäftsstelle
 BRSV Lörrach e.V.
 Mühlemattweg 1
 79539 Lörrach
 Tel.:07621 70 95 95
 Fax: 07621 70 95 96
 e-mal: info@brsv-loerrach.de

1. Vorsitzender

Ingo Wahli
 Leimgrubenstr. 14
 79618 Rheinfelden
 Tel.: 07623 40125
 e-mail:info@brsv-loerrach.de

Internet

www.brsv-loerrach.de

Bankverbindung

Sparkasse Lörrach
 IBAN: DE63 6835 0048 0001011337
 BIC: SKLO DE66
 Konto-Nr. 101 1337
 BLZ 683 500 48

Interne Vermerke

(wird vom Verein ausgefüllt)

Eingang:

Be-Schrb:

PW

Zeitung

VO:

BeiO:

Satzung:

SGP:

Künd:

K-Schrb:

Frist:

Aufnahmeantrag

Mitglieds-Nr.

Ich bin behindert nicht behindert (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Der Grad meiner Behinderung wurde vom Versorgungsamt Freiburg festgelegt. (eventuell anderes VA eintragen)

_____ mit _____ %

Meine Krankenkasse oder Träger _____ Vers.-N _____

(Name, Ort, Versichertennummer der Krankenkasse oder des Trägers bitte eintragen)

Rehabilitationssport(Rehasport) wird lt. Rahmenvereinbarung vom 01.01.2011 von den Krankenkassen und anderen Trägern gefördert.

Bitte wenden Sie sich diesbezüglich an Ihre zuständige Krankenkasse oder Träger.

Rehabilitationssport wird mit Vorgabe einer bestimmten Anzahl von Übungseinheiten verordnet.

Die verordnete Anzahl muß in einem festgelegten Zeitraum genommen werden.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

(bei Minderjährigen die des gesetzlichen Vertreters)

Die Beiträge richten sich nach der jeweils gültigen Beitragsordnung.

SEPA-Lastschriftmandat

Hiermit ermächtige ich den Behinderten-und Rehabilitationssportverein Lörrach e.V. bis auf Widerruf die Beiträge des o.g. Mitglieds jährlich mittels Lastschrift im Voraus zu Lasten des nachfolgenden Kontos einzuziehen.

IBAN: DE _____

BIC: _____

Name des Kontoinhabers

Vorname des Kontoinhabers

Strasse, Hausnummer des Kontoinhabers

PLZ,Wohnort des Kontoinhabers

Name und Ort des Kreditinstitutes _____

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung. Die entstehenden Kosten gehen zu Lasten des Mitgliedes

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

(Kontoinhaber)