

Aufnahmeantrag

Mitglieds-Nr.

Name _____ Vorname _____
 Strasse, Haus Nr. _____ PLZ,Ort _____
 Geburtsdatum _____
 Tel.: _____
 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"/>	Sport für Diabetiker (Th.-Heuss-Realschule Lörrach Mo 16:50-18:15 Uhr) ÜL Frau Schmidt-Steininger	20
<input type="radio"/>	Asthma/Lungensport (ESV-Halle P.Willmannallee Weil Mi 16:30-17:30 Uhr) ÜL Herr Silvio Gern	21
<input type="radio"/>	Asthma/Lungensport (FES Blaue Halle, Comeniusstr. Lörrach, Mi 18:00-19:00 Uhr) ÜL Herr Gern	22
<input type="radio"/>	Asthma/Lungensport (COPD) (Sporthalle Im Grütt, Lörrach, Do 10:00-11:00 Uhr) ÜL Frau Sandra Haubold	23
<input type="radio"/>	Asthma/Lungensport (COPD) (Sporthalle Im Grütt, Lörrach, Do 11:00-12:00 Uhr)) ÜL Frau Sandra Haubold	24
<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 () ÜL	36
<input type="radio"/>	Fußball für Menschen mit geist. Behinderung (Wintersbuckhalle Lörrach Mi 19:00-20:30Uhr) ÜL Marius Kaiser ÜL Pasquale Gravino	50/55
<input type="radio"/>	Gymn/Entspannung für Menschen mit geist. Behinderung (Lebenshilfe Industriestr. 4, Mi 16:15-17:15 UHR) ÜL Raimund Heinze	51
<input type="radio"/>	Kegeln/Bowling für Menschen mit geist. Behinderung (Impulsiv, Mi 17:00-18:00Uhr) ÜL Gisela Kaiser ÜL Marius Kaiser	52
<input type="radio"/>	Gymn/Entsp. für Menschen mit geist. oder körperl. Behinderung (Leben + Wohnen Teichmattenweg 21 Mi. 17:30 -18:30) ÜL Raimund Heinze	54

Weitere Angebote PW

<input type="radio"/>	()	
<input type="radio"/>	Wassergymnastik/Aqua-Fit ÜL Frau Ruth Fischer (Hallenbad Lörrach September-April/ Mai - September Parkschwimmbad Do19:50-21:00 Uhr)	14/15
<input type="radio"/>	()1 ÜL	
<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
 Silvio Gern
 Kandentalstr. 7
 79599 Wittlingen
 Tel.: 07621 12012
 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:
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.-Nr. _____

(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

PLZ, Wohnort

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)

Datenschutzerklärung

Ich erkläre hiermit meine Einwilligung zur Speicherung und vereinsbezogenen Weitergabe meiner personenbezogenen Daten wie: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Fotos, sportliche Leistungsergebnisse, Mannschafts- oder Abteilungszugehörigkeit an Verbände, Presse sowie zur Veröffentlichung auf der Homepage des Behinderten- und Rehabilitationssportvereins Lörrach e.V.

Es ist mir bewusst, dass bei einer Veröffentlichung von personenbezogenen Daten ein umfassender Datenschutz vom Behinderten- und Rehabilitationssportverein Lörrach e.V. nicht garantiert werden kann. Insbesondere können personenbezogene Daten unter Umständen auch in Staaten abgerufen werden, die keine vergleichbaren Datenschutzbestimmungen kennen, wie sie in Deutschland gelten. Ebenso kann die Vertraulichkeit, die Integrität, die Authentizität und die Verfügbarkeit der personenbezogenen Daten nicht garantiert werden.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit und ohne Angaben von Gründen dem Vereinsvorstand gegenüber widerrufen kann.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____