

Geschäftsstelle
Dipl.-Ing. Ernst-Wolfgang Schulz
Lange Wiese 24; OT Altranft
16259 Bad Freienwalde

Telefon: 03344/333 290 mit AB oder Mobil: 0160 99 11 7174

FAX-Nr.: 03344/333 291

E-Mail: info@ars-badfrw.de

Homepage: <https://www.ars-badfrw.de>



Antrag auf Mitgliedschaft

1. Personenbezogene Daten

- Name: _____ Vorname: _____
- Geburtsdatum: _____
- Straße/Hausnummer: _____
- PLZ: _____ Wohnort: _____
- Telefon fest/mobil: _____
- E-Mail: _____
- Beruf: _____
- Eintrittsdatum: _____ Gruppe: _____
- Krankenkasse: _____
- KV- Nummer: _____ Hausarzt: _____
- Angehöriger: _____ Telefonnummer: _____

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als Mitglied im „Ambulanter Reha-Sport für Herz- Lunge-Orthopädie Bad Freienwalde e.V.“, gemäß der Satzung des Vereins.

Wir weisen gemäß § 33 Bundesdatenschutzgesetz darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und -betreuung die oben erhobenen Daten in digitalisierter Form gespeichert, verarbeitet und genutzt werden. Wie wir des Weiteren mit Ihren personenbezogenen Daten umgehen ist in unserer Datenschutzerklärung formuliert.

Die Satzung und die Datenschutzerklärung können auf unserer Homepage bzw. in der Geschäftsstelle eingesehen werden.



2. Kosten und Fristen

<u>Beitragssätze in €</u>		<u>halbjährlich</u>	<u>jährlich</u>
Mitglieder mit Verordnung	Mitgliedsbeitrag	12,00 €	24,00 €
Mitglieder nach Ablauf der Verordnung	Mitgliedsbeitrag	12,00 €	24,00 €
	Übungspauschale	42,00 €	84,00 €
Mitglieder nach Ablauf Verordnung Gesamt		54,00 €	108,00 €

Bei Neuaufnahmen ist eine Aufnahmegebühr von 5,00 € zu zahlen.

Abmeldungen können laut Vereinssatzung unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von einem Monat jeweils zum Schluss eines Halbjahres (30. 06. / 31.12. des laufenden Jahres) erfolgen. Sie müssen der Geschäftsstelle schriftlich angezeigt werden.

Über den Kündigungstermin hinaus schon eingezahlte Beiträge werden nicht rückvergütet.

Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Satzung und Ordnungen sowie die Datenschutzerklärung des Vereins in der jeweils gültigen Fassung an.

Datum: _____

Unterschrift: _____