

Geschäftsstelle  
Dipl.-Ing.-oec. Wilfried Oesterreich  
Dr.-Koyenuma-Str. 7  
16269 Wriezen

Telefon: 033456 72934 oder Mobil: 0175 6129542  
FAX-Nr.: 03212 1022830  
E-Mail: [info@ars-badfrw.de](mailto:info@ars-badfrw.de)

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



## Antrag auf Reha-Sportteilnahme ohne 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 Reha-Kunde 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.

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

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_