

Wir weisen gemäß §33 BDSG darauf hin, dass zum Zweck der Mitgliederverwaltung und –betreuung alle personenbezogenen Mitgliederdaten aus diesem Antrag in automatisierten Dateien gespeichert, verarbeitet und genutzt werden.

Aufnahmeantrag mit SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich beantrage die Aufnahme als Mitglied in die REHASportgemeinschaft Kreis Steinfurt e. V.

ab dem 1. _____ 20

Befristet für die Dauer meiner Verordnungen bis zum Quartalsende

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ, Wohnort: _____

Telefonnr.: _____ Handy-Nr.: _____

Geburtsdatum: _____ Mandat¹: _____

Mailadresse: _____

Ich bin Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse (Beitragsgruppe 1 oder 2) ²

Ich bin beihilfeberechtigt (Beitragsgruppe 3) ²

Herzpatient³ Orthopädiepatient³ Diabetespatient³

Krebspatient³ Lungenpatient³ Wassergym.patient^{3 4}

Ich erkenne die Satzung und Beitragsordnung der REHASportgemeinschaft Kreis Steinfurt e. V. an. Mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten mittels elektronischer Datenverarbeitung zur Mitgliederverwaltung und -betreuung durch die REHASportgemeinschaft Kreis Steinfurt e. V. bin ich einverstanden. Mir ist bekannt, dass diesem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

Datum: _____ Unterschrift: _____

¹ Wird durch die REHASportgemeinschaft Kreis Steinfurt e. V. vergeben

² Alternativauswahl durch „X“

³ Auswahl durch „X“

⁴ Zusatzbeitrag nach Beitragsgruppe 4

Aufnahmeantrag mit SEPA-Basis-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die REHASportgemeinschaft Kreis Steinfurt e.V. die zum 1. April und 1. Oktober jeden Jahres wiederkehrenden Mitgliedszahlungen von _____ € / Monat halbjährlich von meinem Konto im SEPA-Basis-Lastschriftverfahren einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der REHASportgemeinschaft Kreis Steinfurt e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften (Bundesbank-Gläubiger-Id.: DE39ZZZ00000379507) einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, mit dem Belastungsdatum, die Erstattung der per Lastschrift eingezogenen Zahlung verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Konto IBAN: DE _____

Geldinstitut: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____