

Ambulante Herzgruppe Radolfzell e.V.

Aufnahmeantrag



Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Ambulante Herzgruppe Radolfzell (AHR) zum nächstmöglichen Zeitpunkt als

☐ aktives Mitglied ☐ passives Mitglied

Name	Vorname (bei Firmen/Verbänden eingetragener Name)	Geburtsdatum
Straße, Hausnr.	PLZ Ort	
Telefonnr.	mobil	E-Mail
Bitte ausfüllen bei Antrag auf aktive Mitgliedschaft - Notfallkontakt (Name, Handy-Nr.)		
Versicherungsnummer		
Name der Krankenkasse/des Kostenträgers - die unterschriebene Kostenübernahme-Erklärung <input type="checkbox"/> füge ich bei <input type="checkbox"/> liegt nicht vor		
Ich habe von der Satzung, der Beitragsordnung und des Merkblattes der Ambulanten Herzgruppe Radolfzell e.V. Kenntnis genommen und akzeptiere diese.		
Datenschutzerklärung: Mit der Speicherung, Übermittlung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten für Vereinszwecke gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) bin ich einverstanden. Meine Daten werden nur so lange gespeichert wie die gesetzlichen Bestimmungen dies erlauben. Ich habe jederzeit die Möglichkeit, vom Verein Auskunft über meine Daten zu erhalten. Hinweis: Wenn die Löschung oder Sperrung Ihrer Daten verlangt wird, kann der AHR die Leistungen nicht mehr erbringen. Dadurch erlischt die Mitgliedschaft sofort, und es ist keine Teilnahme an den AHR-Aktivitäten mehr möglich.		
<input type="checkbox"/> Ich stimme zu, dass Fotos von Gruppenaktivitäten, auf denen ich abgebildet bin, in die AHR-Internetseiten www.herzsport-ahr.de eingestellt werden dürfen.		
<input type="checkbox"/> Ich stimme zu, dass von mir übergebene Arztdokumente für das betreuende AHR-Ärzteam und für Notfälle beim Verein verwahrt werden. (Zutreffendes bitte ankreuzen)		
Ort, Datum		Unterschrift Antragsteller

Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats zum wiederkehrenden Einzug der AHR-Beiträge:

Höhe des Mitgliedsbeitrags: **€ 30,- pro Jahr**. Zusätzlich wird ein Sportbeitrag für aktive Mitglieder fällig (falls keine gültige Kostenübernahme-Zusage der Krankenkasse vorgelegt wird): **€ 70,- pro Halbjahr**. Ich ermächtige den Zahlungsempfänger AMBULANTE HERZGRUPPE e.V., die fälligen Beiträge von meinem unten genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

DE _____
IBAN _____ Kreditinstitut _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Bitte gut lesbar ausfüllen und senden an:

Ambulante Herzgruppe Radolfzell e.V., Seestr. 40, 78315 Radolfzell am Bodensee

Vereinsinterne Vermerke: Zustimmung Vorstand am Mitgliedsnr. Gruppe.....
Gläubiger-Identifikationsnr.: DE53ZZZ00000247141, Mandatsreferenz ist die noch zuzuteilende Mitgliedsnr.