

# 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.)								
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 <b>Ambulanten Herzgruppe Radolfzell e.V.</b> Kenntnis genommen und akzeptiere diese.								
<b>Datenschutzerklärung:</b> 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 <a href="http://www.herzsport-ahr.de">www.herzsport-ahr.de</a> eingestellt werden dürfen.								
<input type="checkbox"/> Ich stimme zu, dass von mir übergebene Arztdokumente für das betreuende AHR-Ärzteteam und für Notfälle beim Verein verwahrt werden. (Zutreffendes bitte ankreuzen)								
<b>Ort, Datum</b>				<b>Unterschrift Antragsteller</b>				

### 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.....