

# AUFNAHMEANTRAG

## FÜR EINE MITGLIEDSCHAFT AB:

Aus verwaltungstechnischen Gründen ist die Zahlung per Lastschrift vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich erforderlich

**Für eine gesonderte Rechnungsstellung erheben wir 3,00 Euro Gebühr je Rechnung.**

Mitgliedsbeitrag:	Abrechnungs- und Zahlweise (bitte ankreuzen)			
		Jährlich	Halbjährlich	Vierteljährlich
Herzsport	- mit Verord	- <input type="radio"/> 244,00 €	- <input type="radio"/> 122,00 €	- <input type="radio"/> 61,00 €
	- ohne Verord	- <input type="radio"/> 340,00 €	- <input type="radio"/> 170,00 €	- <input type="radio"/> 85,00 €
	- Privat vers.	- <input type="radio"/> 340,00 €	- <input type="radio"/> 170,00 €	- <input type="radio"/> 85,00 €
Krebsnachsorge	- ohne. Verord.	- <input type="radio"/> 208,00 €	- <input type="radio"/> 104,00 €	- <input type="radio"/> 52,00 €
Wirbelsäule		- <input type="radio"/> 189,00 €	- <input type="radio"/> 94,50 €	- <input type="radio"/> 47,50 €
Wassergymnastik (incl. Eintritt)		- <input type="radio"/> 149,00 €	- <input type="radio"/> 74,50 €	- <input type="radio"/> 37,25 €
Fit 60+		- <input type="radio"/> 199,00 €	- <input type="radio"/> 99,50 €	- <input type="radio"/> 49,75 €
Fitness + Spiel		- <input type="radio"/> 199,00 €	- <input type="radio"/> 99,50 €	- <input type="radio"/> 49,75 €

NAME, VORNAME: \_\_\_\_\_

GEBURTSDATUM: \_\_\_\_\_  männl.  weibl.  div.

STRASSE \_\_\_\_\_

PLZ/ORT \_\_\_\_\_

TEL. PRIV.\* \_\_\_\_\_

TEL. MOBIL\* \_\_\_\_\_

E-MAIL\* \_\_\_\_\_

\*freiwillige Angabe

VOM VGS AUSZUFÜLLEN

ABTEILUNG

MITGLIEDSNUMMER

EINTRITTSDATUM

**Hiermit beantrage ich die Aufnahme in den Verein für Gesundheitssport und Sporttherapie Neuss e.V.**

- Die **Aufnahmegebühr** beträgt einmalig 20,00 Euro
- **Kündigung: bis 15. Mai zum 30.06. und bis 15. November zum 31.12. jeden Jahres**
- **Keine Rückerstattung von Mitgliedsbeiträgen bei Nichtteilnahme**

Die Satzung und Beitragsordnung liegen in der Geschäftsstelle aus. Durch meine Unterschrift erkenne ich diese an. Ich bin damit einverstanden, dass die Daten dieser Anmeldung elektronisch gespeichert und nur für interne Zwecke genutzt werden. Dieses Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden.

**Ort, Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen Unterschrift der /des Erziehungsberechtigten)**

## **ERMÄCHTIGUNG ZUM SEPA-EINZUG VON MITGLIEDERBEITRÄGEN PER LASTSCHRIFT**

Hiermit werden Sie ermächtigt, die zu entrichtenden Beitragszahlungen zu Lasten des angegebenen Kontos mittels Lastschrift einzuziehen

KONTOINHABER/ IN
IBAN DE _____
BIC _____

Ort, Datum, Unterschrift