

Aufnahmeantrag



Name / Vorname _____

Straße _____

PLZ / Ort _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____ E-Mail _____

Hiermit beantrage ich die Aufnahme als Mitglied in den Reha- und Gesundheitssport am Marien Hospital Wattenscheid e.V. zum _____

M 1	<input type="checkbox"/>	passive Mitgliedschaft (nur mit Verordnung) endet automatisch mit dem Ende der Verordnung. Eine vorzeitige Kündigung ist nicht möglich.	€ 7,50
M 2	<input type="checkbox"/>	Mitgliedschaft ohne Verordnung zur Teilnahme an einem Rehakurs in der Woche – Kursdauer 45 Minuten	€ 26,50
M 3	<input type="checkbox"/>	Mitgliedschaft ohne Verordnung zur Teilnahme an zwei Rehakursen in der Woche – Kursdauer 45 Minuten	€ 39,50
M 4	<input type="checkbox"/>	Mitgliedschaft ohne Verordnung zur Teilnahme an einem Gesundheitskurs in der Woche – Kursdauer 60 Minuten	€ 41,50
M 5	<input type="checkbox"/>	Mitgliedschaft mit Verordnung zur Teilnahme an Rehasport-Kursen plus Nutzung der Trainingsgeräte 2x pro Woche	€ 27,50
M 6	<input type="checkbox"/>	Mitgliedschaft ohne Verordnung zur freien Nutzung der Trainingsgeräte inkl. therapeutischer Anleitung	€ 40,00

Die Kündigungsfrist beträgt 4 Wochen zum Monatsende. Nach auslaufender Verordnung endet die Mitgliedschaft in den Tarifen M1 und M5 automatisch, falls keine weitere Verordnung erbracht wird.

Ich bin über die Vorteile einer (befristeten) Mitgliedschaft informiert worden.

Mir ist bekannt, dass für die Teilnahme am Rehasport bei der ersten Verordnung keine Verpflichtung zum Vereinsbeitritt besteht. Die o.g. Mitgliedsbeiträge werden monatlich eingezogen und verstehen sich als Durchschnittspreise des gesamten Jahres, welche Schließungen oder Kursverschiebungen miteinkalkulieren. Der Verein behält sich Änderungen am Kursplan jederzeit vor. Mit meiner Mitgliedschaft akzeptiere ich die Satzung und die Beitragsordnung, jeweils veröffentlicht auf der Internetseite des Vereins :

www.rehasport-wattenscheid.de

Hinweis: Im Interesse der Nachhaltigkeit der Reha-Maßnahmen wird von den Kostenträgern (Krankenkassen) eine Mitgliedschaft auf freiwilliger Basis befürwortet.

Ich ermächtige hiermit den Reha- und Gesundheitssport am Marien Hospital Wattenscheid e.V. den jeweils gültigen Beitrag von meinem nachstehenden Konto abzubuchen und erteile eine Einzugsermächtigung bis auf Widerruf.

Kontoinhaber _____

IBAN _____

BIC _____

Geldinstitut _____

Ort / Datum _____

Unterschrift _____