

## BSG Menden e.V.

### Beitrittserklärung

Der/Die Unterzeichnende erklärt hiermit seine/ihren Beitritt zur BSG Menden e.V.

Name, Vorname	Straße, Hausnummer
PLZ, Wohnort	Geburtsdatum
Telefonnummer	E-Mail
Name der Krankenkasse	Mitgliedsnummer der Krankenkasse
Versicherungsträger (Deutsche Rentenversicherung oder sonstige)	Versicherungsnummer

**Eintritt zum:** \_\_\_\_\_

Mitgliedsbeitrag BSG Menden e.V. Jahresbeitrag 25,- €

**Sparte**

- Herzsport ME 1 / 2 / 3
- Herzsport LE 1 / 2
- Wassergymnastik
- Lungensport
- Wirbelsäule
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

Durch meinen Eintritt in die **BSG Menden e.V.** erkenne ich deren Satzung an.  
Die Kündigung der **Mitgliedschaft** bei der **BSG Menden** muss **2 Monate** vor Jahresende schriftlich erfolgen.

### SEPA-Lastschriftmandat

(wiederkehrende Zahlung)

Gläubiger - Identifikationsnummer BSG - Verein: DE 75 ZZZ 00000 239664  
 Gläubiger - Identifikationsnummer Herzsport: DE 75 HSM 00000 239664  
 Mandatsreferenz: Jahres- bzw. Monatsbeitrag

Ich ermächtige die BSG-Menden, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der BSG-Menden auf meinem Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

**Hinweis:** Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name, Vorname	Straße, Hausnummer	PLZ, Wohnort
IBAN	BIC	
Kreditinstitut	BLZ	
Kontoinhaber	Kontonummer	
Datum, Ort	Unterschrift	



**Ergänzung zum Antrag auf Anerkennung zum Leistungserbringer von REHASPORT nach § 64 SGB IX**

**Teilnehmende**

**Einwilligungserklärung zur Datennutzung**

Vom Teilnehmenden auszufüllen:

Nachname	Vorname
Name des Vereins <b>BSG Menden Sauerland e. V.</b>	Vereinskennziffer (7-stellig) <b>5310008</b>
Straße, Nr.:	PLZ, Ort:
Tel.:	E-Mail:

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten, den Übungsleitern und Mitarbeitern des Vereins und betreuenden Ärzten des jew eiligen Angebots zur Verfügung gestellt w erden, um mögliche gesundheitliche Einschränkungen besser einzuschätzen.

Zudem erkläre ich mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten bezüglich der Abrechnung und Rückerstattung der Kosten für die Maßnahmen sowie zur Prüfung der zertifizierten Angebote auch an Dritte weitergeleitet werden.

Die Angaben zu meiner Person und meinem gesundheitlichen Zustand erfolgen in folgenden Formularen:

- Anamnesebogen
- Anwesenheitsliste
- Beratungsprotokoll Rehabilitationssport
- Leistungsvereinbarung Rehabilitationssport
- Teilnahmebestätigung
- Pulskarten Sport in Herzgruppen
- Pulskarten Sport bei Diabetes
- Medizinischer Infobogen
- Ärztliche Berichte und Vorlagen

Es handelt sich um eine einmalige Erklärung.

Diese Einwilligungserklärung erfolgt freiwillig und kann mit der Folge, dass eine Teilnahme an der REHASPORT Maßnahme nicht möglich ist, verweigert werden.

Zudem kann sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft mit der Folge, dass der Schadensersatzanspruch erlischt jederzeit widerrufen werden.

Die Widerrufserklärung ist zu richten an: .... **BSG Menden e.V., Postfach 1370, 58696 Menden** .....

Im Fall des Widerrufs werden mit dem Zugang der Widerrufserklärung die Daten unwiderruflich gelöscht, entsorgt.

Mir ist bewusst, dass das Verweigern wichtiger Angaben sowie ein Fehlverhalten während des Trainings zu gesundheitlichen Schädigungen führen kann.

.....

Ort, Datum und Unterschrift Teilnehmende