

Die Höhe des Beitrages richtet sich nach der Häufigkeit der Abbuchungen:

- monatlich 39,00 €
- halbjährlich 209,00 €
- jährlich 399,00 €

Der Einzug des gewählten Betrages erfolgt zum Monatsende ausschließlich durch Abbuchung von ihrem Konto.

Die Kündigung der Mitgliedschaft ist dem Vorstand (Vereinsitz, s.u.) schriftlich zu erklären. Die Kündigungsfrist beträgt einen Monat zum Ende des darauffolgenden Monats.

Die Mitgliedschaft beinhaltet die unbegrenzte Nutzung der Leistungen des Vereins. Sie berechtigt zur Teilnahme am Rehasport und Vereinskursen. Ein persönlicher Trainingsplan wird durch unsere Trainer erstellt bzw. aktualisiert. Bitte vereinbaren Sie hierzu einen Termin.

Kontaktmöglichkeiten über die Trainingsstätte:

Therapiezentrum Andreas Krause
Ernst-Abbe-Platz 4 / Eingang B, 07743 Jena
Telefon 03641 - 574 235
Email kontakt@rehasport-jena.de

Vereinssitz: Verein für Rehasport und Gesundheitstraining Jena e.V.
Johann-Friedrich-Straße 26, 07745 Jena



**Verein für Rehasport und
Gesundheitstraining Jena e.V.**

Trainingsstätte

Therapiezentrum Andreas Krause
Ernst-Abbe-Platz 4 / Eingang B
07743 Jena

Telefon 03641 - 574 235
Fax 03641 - 574 234
kontakt@rehasport-jena.de
www.rehasport-jena.de

Hiermit beantrage ich

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____

Email: _____

die Mitgliedschaft im *Verein für Rehasport und Gesundheitstraining*
Jena e.V. ab dem _____ .

Die aktuelle **Vereinssatzung** liegt in der Trainingseinrichtung zur
Einsicht vor. Die ebenfalls dort ausliegende **Vereinbarung zum**
Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum und Unterschrift des Mitglieds

Erfolgt binnen 1 Woche keine weitere Nachricht, gilt der Antrag als
angenommen.

Identnr. (Zahlungsempfänger)
DE28 ZZZ 0000 123 8155

Mandatsreferenz (max. 35 Stellen)

Ich ermächtige Sie, den Vereinsbeitrag der jeweils gültigen Beitragsordnung
von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.
Zugleich weise ich meinen unten genannten Zahlungsdienstleister an, die von
Ihnen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungs-
datum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die
mit meinem Zahlungsdienstleister vereinbarten Bedingungen.

Ich erkläre mich mit der Speicherung meiner Daten einverstanden.

Ich wünsche die Abbuchung des Vereinsbeitrages (*bitte ankreuzen*):

monatlich (39,00 €) **halbjährlich** (209,00 €) **jährlich** (399,00 €).

Zahlungsdienstleister (des Zahlers) _____

BIC _____

IBAN _____

Bitte beachten Sie: Gebühren, welche bei der Rückbelastung von Lastschriften
anfallen, müssen wir Ihnen in Rechnung stellen!

Ort, Datum _____

Unterschrift des Zahlers _____

Unterschrift des Vereinsvertreters _____