

Aufnahmeantrag

Der Unterzeichner erklärt für sich den Eintritt in den Healthformance Club e.V. unter gleichzeitiger Anerkennung der Satzung.

Die Mitgliedschaft ist für ein Jahr verbindlich. Kündigungsfrist 6 Wochen zum 30.06. bzw. 31.12.

Die Kündigung muss schriftlich und mit Unterschrift erfolgen.

Perönliche Daten			
Familienname	_____	Vorname	_____
Straße	_____	Telefon	_____
PLZ, Ort	_____	E-mail	_____
Geburtsdatum	_____	Krankenkasse	_____
Mit der Speicherung der Daten zur Mitgliederverwaltung und Meldung an den BLSV bin ich einverstanden.			
Datum	_____		
Unterschrift des Mitglieds bzw. des Erziehungsberechtigten			

Beitragszahlung	
<input type="radio"/> Bankeinzug	<input type="radio"/> per Rechnung (zzgl. 5,00 € pro Rechnung)
<input type="radio"/> jährlich	<input type="radio"/> halbjährlich

Monatsbeiträge (Stand 2016)	Zusatzbeträge
Aufnahmegebühr einmalig 20,00 € X	Rehasport Gruppentraining (mit Verordnung) O
Erwachsene 10,00 € O	Gesundheitsprogramm (gem. Ausschreibung) O
Kinder/Jugendliche 8,00 € O	Präventionsprogramm (gem. Ausschreibung) O
Ermäßigte Personen 5,00 € O	
Eintrittsdatum: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/>	

Einzugsermächtigung	Gläubiger Identifikationsnummer: DE11ZZZ00001919304
Ich ermächtige den Healthformance Club e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von HF Club e.V. von meinem Konto eingezogenen Lastschriften einzulösen.	
IBAN: _____	Bankname: _____
BIC: _____	Konto-Inhaber: _____

Unterschrift Kontoinhaber	

eingegangen am:	bearbeitet durch: <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
-----------------	---