

Beitrittserklärung „Gesundheitssport Lewitz e.V.“

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Verein „Gesundheitssport Lewitz“. Die Satzung des Vereins habe ich erhalten und erkenne diese an. Von den nachfolgenden Aufnahme- und Beitragsbedingungen habe ich Kenntnis genommen und erkläre mich einverstanden, dass im Rahmen der Vereinsverwaltung meine persönlichen Daten gespeichert und verarbeitet werden.

ab (Datum) _____ Mitgliedsnummer _____

Name, Vorname _____ Geb. Datum _____

Straße _____ PLZ / Ort _____

Telefon-Nummern _____ E-Mail _____

Aus meiner Familie ist bereits Mitglied:

Name, Vorname _____ Mitgliedsnummer _____

Name, Vorname _____ Mitgliedsnummer _____

Datum / Unterschrift

SEPA – Lastschriftmandat - Einzugsermächtigung:

Hiermit erteile ich dem Verein „Gesundheitssport Lewitz“ das SEPA-Lastschriftmandat, den **Mitgliedsbeitrag** von meinem nachstehenden Konto abzubuchen:

Name des Kontoinhabers: _____

Bank: _____

BIC: _____ **IBAN:** _____

Beitrag für Sportart/Kurs: _____

halbjährlich jährlich

Datum / Unterschrift des Kontoinhabers

Beitrittserklärung absenden an: Gesundheitssport Lewitz e.V.
Dr. Dorit Stövhase-Klaunig, Am Hasengraben 11, 19079 Sukow

Einwilligungserklärung zur Datenerhebung und Datenweitergabe für Ansprechpartner/in im ärztlich verordneten Rehabilitationssport nach §64 SGB IX

Hiermit willige ich _____

Name _____ **Vorname** _____ **Geburtsdatum** _____

darin ein, dass meine personenbezogenen Daten auf dem Formular AP des bundeseinheitlichen Anerkennungsverfahrens des Deutschen Behindertensportverbandes e.V. (DSB) zum ärztlich verordneten Rehabilitationssport erhoben, gespeichert und übermittelt werden dürfen

durch den Verein **Gesundheitssport Lewitz e.V.**
Am Hasengraben 11, 19079 Sukow

Verantwortlicher: Dr. Dorit Stövhase-Klaunig
Kontakt: E-Mail: Lewitz-Reha@gmx.de
Tel.: 0173 6333878 oder 0173 7487774

Folgende Daten werden durch den Verein **Gesundheitssport Lewitz e.V.** zum Zweck der Antragstellung zur Ausstellung einer Anerkennung als Leistungserbringer im ärztlich verordneten Rehabilitationssport, der Antragsstellung zur Anerkennung von Angeboten im ärztlich verordneten Rehabilitationssport sowie zur fortlaufenden Qualitätssicherung von anerkannten Rehabilitationssportangeboten **erhoben, gespeichert** und an den Landesverband: Verband für Behinderten- Rehabilitationssport M-V e.V. (VBRS M-V) des Deutschen Behindertensportverbandes e.V. **übermittelt:**

- **Name, Vorname** _____
- **Geburtsdatum** _____
- **Anschrift** **Straße** _____
- PLZ, Ort** _____

Folgende Daten werden durch den Landesverband VBRS M-V des Deutschen Behindertensportverbandes e.V. im Rahmen der Übermittlung der anerkannten Rehabilitationssportgruppen an Rehabilitationsträger nach § 6 SGB IX **übermittelt** und im Internet **veröffentlicht:**

- **Name, Vorname** _____

Freiwilligkeit der Einwilligung und Recht zum Widerruf:

Ich bin darüber aufgeklärt, dass die Einwilligung in die Datenerhebung und -weitergabe freiwillig erfolgt und ich diese jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Ein Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung.

Folgen des Widerrufs:

Ein Widerruf der freiwilligen Einwilligung hat zur Folge, dass die Anerkennung des Vereins als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 64 unmittelbar widerrufen wird.

_____ **Ort** _____ **Datum** _____ **Unterschrift**