

## Beitrittserklärung Rehasport

Der Unterzeichner erklärt hiermit seinen Beitritt zum **VfB Rehasport** des VfB Fallersleben e.V. und bestätigt seine Mitgliedschaft im Gesamtverein (eine Mitgliedschaft im Gesamtverein ist zwingend erforderlich). Er erkennt die gültige Satzung und Beitragsordnung des Vereins an. Für die Angebote im VfB Rehasport entstehen Zusatzbeiträge (s.u.).

Eintrittsdatum:  Name:  Vorname:

Geburtsdatum:  m  w

PLZ:  Wohnort:

Straße:  Telefon:

VfB FIT Mitglied: Ja  Nein  E-Mail:

- A: Rehasport/Funktionstraining (2x wöchentlich): 14€ monatlich (ermäßigt 7€ monatlich\*)  
 B: Herzsport (2x wöchentlich): 20€ monatlich (ermäßigt 10€ monatlich\*)  
 C: Wassergymnastik (1 x wöchentlich): 5€ monatlich (ermäßigt 2,50€ monatlich\*)  
 D: A (2 x wöchentlich) und C (1x wöchentlich): 17€ monatlich (ermäßigt 8€ monatlich\*)  
 E: Rehasport/Funktionstraining mit gültiger Verordnung:\*\* keine Zuzahlung

\*Ermäßigungen gelten für aktive Mitgliedschaften im VfB FIT. Eine Umstellung erfolgt automatisch. \*\* Nach Ablauf der Verordnung automatischer Wechsel in „Beitragsgruppe“ A des Rehasports.

Wolfsburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift (ggf. Erziehungsberechtigter)

**Der Austritt aus dem VfB Rehasport oder der Angebotswechsel innerhalb des VfB Rehasports muss schriftlich gegenüber der Geschäftsstelle erklärt werden und ist jeweils zum Quartalsende (31.3./30.6./30.9./31.12.) unter Einhaltung einer 6-wöchigen Frist möglich. Bitte beachten Sie, dass Sie die Mitgliedschaft im Gesamtverein separat kündigen müssen.**

Ich stimme zu, dass die persönlichen Daten der o.g. Personen zum Zwecke der automatischen Verarbeitung gespeichert und für den Geschäfts- und Sportverkehr genutzt werden.

VfB Fallersleben e.V., Hoffmannstraße 7, 38442 Wolfsburg

Gläubiger-Identifikationsnummer DE26ZZZ00000361505

Mandatsreferenz: Ihre Mitgliedsnummer (wird separat mitgeteilt)

**SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige den VfB Fallersleben e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom VfB Fallersleben e.V. auf mein Konto gezogenen Lastschriften 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.

Zahlungsart: wiederkehrende Zahlung

Vor- und Zuname (Kontoinhaber):

Straße und Hausnr.:

PLZ und Ort:

Kreditinstitut und BIC:

IBAN:

Wolfsburg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kontoinhaber