

Beitrittserklärung

Verein für Gesundheitsförderung Finnentrop e.V. Sportverein im Behindertensportverband

(Bitte in Blockschrift ausfüllen)

Name: _____ Vorname: _____

geb.am: _____ in: _____

Wohnort: _____

(Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)

Krankenkasse: _____

Mitgliedsnummer:

Gruppe:

Wird vom Verein ausgefüllt!

(Bei Bedarf ausfüllen und ankreuzen!)

Behinderung:

kriegsgeschädigt

zivilgeschädigt

unfallgeschädigt

Art der Verletzung bzw. Behinderung: _____

Erwerbsminderung: % Grundlisten-Nr. des Versorgungsamtes:

Versorgungsamt: _____ Unfall -Nr.: _____

Den jährlichen Mitgliedsbeitrag bitte ich von meinem Konto einzuziehen:

Name des Kontoinhabers: _____

Konto-Nr./IBAN: _____ BIC: _____

Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des Konto führenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Finnentrop, den _____

(Unterschrift)