



Aufnahmeantrag

Hiermit beantrage ich eine freiwillige Mitgliedschaft in der FSG Medizin Hoyerswerda e.V.

Herr Frau

Name :

Vorname :

Geb. am :

Anschrift :

.....

Telefon :

Email :

Krankenkasse :

Versichertennummer :

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Satzung des Vereins an.

Der Verein bietet seinen Mitgliedern ein umfangreiches Sportangebot im Wasser wie auch in der Turnhalle. Über die Angebote sowie Termine informieren Sie sich bitte im Verein telefonisch unter 03571 - 60 85 280 oder im Internet www.fsg-medizin.de

Der Mitgliedsbeitrag beträgt 13,00 Euro/Monat (Kinder und Jugendliche 7,00 Euro). Zusätzlich fällt eine einmalige Aufnahmegebühr in Höhe von 10,00 Euro (bzw. 5,00 Euro) an.* Der Beitrag ist monatlich fällig, kann aber auch jährlich, halbjährlich oder vierteljährlich entrichtet werden. Wir bedanken uns für ein SEPA-Lastschriftmandat.

Die Mitgliedschaft ist jederzeit mit einer Frist von vier Wochen zum Monatsende kündbar.

Für Vereinsmitglieder besteht Haft- und Unfallversicherung über die Vereinsversicherung.

Hoyerswerda, den

Unterschrift:

Durch den Verein auszufüllen:

Mitgliedsnr.:

Abteilung:

Bearbeitet von

* Änderung vorbehalten. Es gilt die Beitragsordnung in ihrer jeweils aktuellen Fassung.