



## Aufnahmeantrag zur Mitgliedschaft

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum LBRS e.V.  
und erkenne die Satzung des Vereins an.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Bei Kindern Name Erziehungsberechtigte/r \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Sportgruppe: \_\_\_\_\_

(Name der Gruppe; Wochentag; Zeit)

Stand Beitragsordnung 01.04.2022 - Bitte zutreffendes ankreuzen und Nachweis erbringen.

### monatlicher Mitgliedsbeitrag

- |  |         |
|--|---------|
| <input type="checkbox"/> Erwerbstätig  | 10,00 € |
| <input type="checkbox"/> Rentner/Pensionäre  | 8,00 €  |
| <input type="checkbox"/> Ariadne-Sport (mit psych. Diagnose)   | 6,00 €  |
| <input type="checkbox"/> Erwerbslos/Leipzig-Pass <input type="checkbox"/> SB ab 50%                              | 6,00 €  |
| <input type="checkbox"/> Kinder/Jugendl. <input type="checkbox"/> Azubis/Studierende <input type="checkbox"/> ÜL | 6,00 €  |
| <input type="checkbox"/> Familie   | 15,00 € |

(3 Personen: 1 Erw.+2 Kinder od. 2 Erw.+1 Kind; bitte 3 Anträge)

### monatlicher Zusatzbeitrag:

Alle Mitglieder, die keine gültige Rehasport-Verordnung besitzen, zahlen zusätzlich pro Kurs/Woche:

- |   |        |
|---|--------|
| <input type="checkbox"/> 1x pro ÜE/Woche Erw. | 8,00 € |
| <input type="checkbox"/> 1x pro ÜE/Woche Kind | 6,00 € |
| <input type="checkbox"/> je weitere ÜE/Woche  | 2,00 € |
| <input type="checkbox"/> Wettkampfsport       | 7,00 € |

Rehasport-Verordnung vorhanden: ja  nein  gültig bis: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Ein Kassenwechsel ist unverzüglich der Geschäftsstelle mitzuteilen.

Die Beitragszahlung erfolgt halbjährlich zum 31.01. und 30.06. Die einmalige Aufnahmegebühr beträgt 10,00 Euro. Die Beitragspflicht für den vollen Beitrag beginnt mit dem Beitrittsmonat. Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Zahlung per Einzugsermächtigung (Formular liegt dem Antrag bei). Meine Aufnahmegebühr wird mit dem ersten Beitrag eingezogen.

Die Mitgliedschaft beginnt am \_\_/\_\_/\_\_\_\_ (erster Monat der Mitgliedschaft)

Ort, Datum: \_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Unterschrift Mitglied: \_\_\_\_\_

i.A. \_\_\_\_\_  
Unterschrift beauftragte/r VertreterIn LBRS\*

\*nach Beschluss des Vorstandes vom 07.06.2022

Dem Antrag auf Mitgliedschaft im LBRS wird:  
 entsprochen  nicht entsprochen