

## BEITRITTSERKLÄRUNG

### in den Landesverband Sachsen für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen e.V.

Gemäß § 3 Abschnitt (1) der Satzung wird hiermit die Mitgliedschaft für

juristische Personen ( Organisationen, Vereine, Praxen ) ohne eigene Rehabilitationssportgruppen   
mit eigenen Rehabilitationssportgruppen   
Verbandsdoppel  (s. Rs .)

ab \_\_\_\_\_ beantragt für:

Name Verein/Organisation/Praxis/Klinik: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Telefon/Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail/Internetadresse: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Die Satzung ist uns bekannt und die darauf beruhenden Ordnungen werden anerkannt.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Die Anträge auf Anerkennung als Leistungserbringer von Rehabilitationssport nach § 44 SGB IX  
liegen vollständig bei.

#### **Genehmigung zum Einzug des Beitrages durch Lastschriftverfahren**

Hiermit ermächtige ich Sie bis auf Widerruf, den von uns zu entrichtenden Betrag bei Fälligkeit  
zu Lasten des unten genannten Girokontos einzuziehen.

Bank:

BLZ.: \_\_\_\_\_ Konto-Nr.: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_ IBAN: \_\_\_\_\_

Kontoinhaber:

Privat-Anschrift:

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Bestätigung für das Verbandsdoppel

Wir bestätigen hiermit, dass wir als Träger des Rehabilitationssports beim Sächsischen Behinderten- und

Rehabilitationssportverbands (SBV) unter der Mitgliedsnummer ..... geführt sind.

Die Abrechnung des Rehabilitationssports erfolgt mit folgendem Institutionskennzeichen:

.....

Für unsere Herzgruppen garantieren wir die aktuelle Zertifizierung und Anerkennung durch den SBV.

Gegenwärtig haben wir einen Bestand von:

..... Trainingsgruppen

..... Übungsgruppen

..... gemischten Gruppen

..... Nachfolgegruppen

Der Ansprechpartner für die Herzgruppen ist:

Name: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

Veränderungen werden umgehend an die Geschäftsstelle des LVS/PR mitgeteilt.

.....  
Datum, Ort

.....  
Unterschrift