



## SPORT- UND GESUNDHEITZENTRUM ALFHAUSEN

### MITGLIEDSCHAFTSVERTRAG

Vertragspartner (ggf. Erziehungsberechtigte:r): \_\_\_\_\_

ggf. Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_ Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  Weiblich  Männlich  Divers

Straße & Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon (Handy): \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

### BEITRAGSMÖGLICHKEITEN

Für diese Mitgliedschaft gelten die nachstehenden vertraglichen Vereinbarungen, die ich durch meine Unterschrift anerkenne:

- Ermäßigter Beitrag 49 Euro\* monatlich** (Kinder/Jugendliche unter 18 Jahren, Schüler:innen, Studierende; Auszubildene)
- Erwachsenen-Beitrag ab 18 Jahren 59 Euro\* monatlich**
- Familienbeitrag 119 Euro\* monatlich** (Dieser Beitrag beinhaltet bis zu **3 Personen** aus derselben Familie. Ab der 4. Person erhöht sich der Beitrag um je 39 Euro\* pro Monat für jede weitere Person.)

Familienmitglieder:

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/-Ort \_\_\_\_\_  Weiblich  Männlich  Divers

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/-Ort \_\_\_\_\_  Weiblich  Männlich  Divers

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/-Ort \_\_\_\_\_  Weiblich  Männlich  Divers

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/-Ort \_\_\_\_\_  Weiblich  Männlich  Divers

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum/-Ort \_\_\_\_\_  Weiblich  Männlich  Divers

\* Der ausgewiesene Rechnungsbetrag beinhaltet die Umsatzsteuer von 19%.



Alle Verträge haben eine Laufzeit von 6 Monaten. Die Mitgliedschaft kann mit einer Frist von einem Monat zum Ende der Vertragslaufzeit schriftlich gekündigt werden. Erfolgt keine schriftliche Kündigung, verlängert sich der Vertrag nach Ablauf um weitere 6 Monate.

Die Anmeldegebühr beträgt für jedes Mitglied einmalig 59 Euro\*.

Der Mitgliedsbeitrag ist zum Ersten eines Monats zu entrichten und wird von dem Sport- und Gesundheitszentrum per Lastschrift eingezogen. Bei Rücklastschriften wird eine Gebühr berechnet.

In den Schulferien und an den Feiertagen findet kein regelmäßiger Unterricht statt, die Nichtteilnahme an den Unterrichtsstunden befreit nicht von der Beitragszahlung.

Zu Beginn jedes Jahres wird zusätzlich ein Jahresbeitrag von 25 Euro je Mitglied für die Verbände fällig (KSB, LSB, NTU, DTU usw.) und mit dem Mitgliedsbeitrag vom Sport- und Gesundheitszentrum Alfhausen e.V. eingezogen.

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

### ERTEILUNG EINER EINZUGSERMÄCHTIGUNG & EINES SEPA-LASTSCHRIFTMANDATS

Zahlungsempfänger: Sport- und Gesundheitszentrum Alfhausen - Robyn Blake-Rath

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE52ZZZ00002640925

Mandatsreferenz: \_\_\_\_\_ (Wird durch SGZ Alfhausen ausgefüllt)

Ich ermächtige hiermit den Zahlungsempfänger Sport- und Gesundheitszentrum Alfhausen (Robyn Blake-Rath), den monatlichen Beitrag von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Sport- und Gesundheitszentrum Alfhausen (Robyn Blake-Rath) 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.

Vorname Kontoinhaber:in: \_\_\_\_\_ Name Kontoinhaber:in: \_\_\_\_\_

Straße & Hausnummer: \_\_\_\_\_

Postleitzahl / Wohnort: \_\_\_\_\_

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

Kreditinstitut / Ort: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Kontoinhaber:in: \_\_\_\_\_

\* Der ausgewiesene Rechnungsbetrag beinhaltet die Umsatzsteuer von 19%.



## DATENSCHUTZ-EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung folgender personenbezogener Daten durch das Unternehmen zur Mitgliederverwaltung im Wege der elektronischen Datenverarbeitung einverstanden: Name, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer, E-Mail- Adresse.

Mir ist bekannt, dass dem Aufnahmeantrag ohne dieses Einverständnis nicht stattgegeben werden kann.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen des Sportbetriebs sowie bei zugehörigen Veranstaltungen Bilder und/oder Videos von den Teilnehmer:innen gemacht werden und zur Veröffentlichung

- auf der Homepage des Sport- und Gesundheitszentrums Alfhausen ([www.sgz-alfhausen.de](http://www.sgz-alfhausen.de))
- in (Print-)Publikationen des Sport- und Gesundheitszentrums Alfhausen
- auf der Instagram-Seite des Sport- und Gesundheitszentrums Alfhausen

verwendet und zu diesem Zwecke auch abgespeichert werden dürfen. Die Fotos und/oder Videos dienen ausschließlich der Öffentlichkeitsarbeit des Sport- und Gesundheitszentrums Alfhausen.

Diese Einverständniserklärung ist freiwillig und kann gegenüber dem Sport- und Gesundheitszentrum Alfhausen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Sind die Aufnahmen im Internet verfügbar, erfolgt die Entfernung, soweit dies dem Sport- und Gesundheitszentrums Alfhausen möglich ist.

Vertragspartner (ggf. Erziehungsberechtigte:r): \_\_\_\_\_

ggf. Vorname des Kindes: \_\_\_\_\_ Name des Kindes: \_\_\_\_\_

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



## HAFTUNGSAUSSCHLUSS-EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Betrifft die Teilnahme von \_\_\_\_\_ (Name der Sportler:innen) am Training im Sport- und Gesundheitszentrum Alfhausen.

Ich erkläre hiermit ausdrücklich, dass ich den Anweisungen der Trainer:innen während des Trainings im Sport- und Gesundheitszentrum Alfhausen Folge leisten werde. Ich wurde darauf hingewiesen, dass die unterrichteten Übungen nur unter Aufsicht qualifizierter Trainer:innen durchgeführt werden dürfen.

Ich bestätige, dass keinerlei ärztliche Bedenken gegen die Ausübung des angebotenen Sportprogramms bestehen und bestätige darüber hinaus, dass ich darauf hingewiesen wurde, dass es – wie in jeder anderen Sportart auch – zu Verletzungen kommen kann, deren Risiken ich selbst zu tragen habe.

Ich fühle mich sowohl körperlich als auch geistig gesund und verpflichte mich, über meine mir bekannten Krankheiten, bereits bestehend oder zukünftig auftretend, umgehend selbstständig Auskunft gegenüber zu erteilen.

Bei plötzlichen Befindlichkeitsänderungen wie Übelkeit, Schwindel oder Schmerzen jeglicher Art, werde ich sofort die Trainer:innen unterrichten und gegebenenfalls das Training abbrechen.

Ich erkenne an, dass bei der Teilnahme am Training im Sport- und Gesundheitszentrum Alfhausen gewisse Gefahren hinsichtlich Verletzungen bestehen können. Ich verpflichte mich, das volle Risiko der Verletzungen, unabhängig von Schwere, die ich möglicherweise als Folge der Teilnahme an jeglichen Tätigkeiten im Zusammenhang mit dem Training erleide, zu übernehmen.

Das Training im Sport- und Gesundheitszentrum Alfhausen erfolgt in voller Kenntnis der o.g. Tatsachen und in eigener Verantwortung. Ich schließe deshalb alle Haftungsansprüche gegenüber den Trainern im Sport- und Gesundheitszentrum Alfhausen, die aus eventuellen gesundheitlich-medizinischen Problemen als Folge des Trainings entstehen können, ausdrücklich aus. Die Haftung des Sport- und Gesundheitszentrum Alfhausen für leicht fahrlässiges Verhalten in Bezug auf Sachschäden und Personen wird hiermit ausdrücklich ausgeschlossen.

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