

# S.G. „Medizin Heiligenstadt“ e. V.

Auf der Rinne 1a, 37308 Heilbad Heiligenstadt

Homepage: <http://www.sg-medizin.de>

email : funke@sg-medizin.de

SG Medizin Heiligenstadt e. V.  
Auf der Rinne 1a  
37318 Heiligenstadt  
Tel. 03606/606566

**Geschäftsstunden:**  
Mo. 8.00 - 09.30 Uhr

**Bankverbindung:**  
Kreisspark. Eichsfeld  
BLZ: 82057070  
Konto-Nr: 200000802

## Aufnahmeantrag

(Bitte deutlich und vollständig ausfüllen und nur für eine Person verwenden!)

### Ich möchte Mitglied werden in der Abteilung:

Rehasport     Badminton     Fechten     Volleyball     Fußball

**Mitglieds-Nr.:** \_\_\_\_\_ (wird von der Geschäftsstelle vergeben)

**Eintritts-Datum:** \_\_\_\_\_

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

Str./Nr.: \_\_\_\_\_ /Wohnort: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ E- mail \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Bitte zutreffendes ankreuzen

Kinder/ Schüler     Arbeiter / Angestellte     Arbeitslose, Sozialhilfeempfänger, Rentner oder Azubis

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten

### Ich erkläre mich bereit, die fälligen Beiträge jährlich von meinem

Konto Nr.: \_\_\_\_\_ bei \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_ abbuchen zu lassen.

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Ich ermächtige den Verein SG Medizin e.V. bis auf Widerruf - die Mitgliedsbeiträge und gegebenenfalls auch die Sonderbeiträge (Aufnahmegebühr), jeweils bei Fälligkeit, vom obigen Konto einzuziehen. Bei Mitgliedschaft mehrerer Personen wird der Betrag **in einem Betrag** eingezogen.

### Entstandene Rücklastschriftkosten Ihrer Bank, gehen zu Ihren Lasten!

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kontoinhabers