



## Teilnahmeerklärung Cardioaktiv-Gruppen beim Team Klinikum Nürnberg e. V.

### Das Bewegungsprogramm zur Stärkung von Herz und Kreislauf

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Dat. \_\_\_\_\_

Das Training in den Cardioaktiv-Gruppen stellt keinen Reha-/Herzsport dar, der durch Krankenkassen finanziell mitgetragen wird. Die Cardioaktiv-Gruppen stellen Nachsorgegruppen dar und finden im Gegensatz zu den Herzsportgruppen ohne ärztliche Überwachung statt.

- Wir bieten ein auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen abgestimmtes rehabilitatives und präventives Bewegungsprogramm an.
- Ziel ist die Anleitung zu einem langfristigen, selbständigen und eigenverantwortlichen Bewegungstraining.
- Die Übungsstunden werden von qualifizierten Trainerinnen und Trainern betreut. Unsere Übungsleiter verfügen neben der sportlichen Ausrichtung über eine Notfallausbildung, die regelmäßig erneuert wird und sind geübt im Umgang mit den dazu gehörigen medizinischen Geräten.

Voraussetzung zur Teilnahme:

- Mitgliedschaft bei TKN e. V.
- Spartenbeitrag 8,00 Euro pro Monat .
- Absprache mit dem behandelnden Arzt, dass keine Bedenken für eine Teilnahme an der Cardioaktiv-Gruppe ohne ärztliche Überwachung besteht.

#### ERKLÄRUNG

**Ich habe die Information zu den Cardioaktiv-Gruppen bei Team Klinikum Nürnberg e. V. gelesen und verstanden. Alle meine zusätzlichen Fragen wurden zu meiner vollsten Zufriedenheit beantwortet.**

**Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die Bedingungen für die Teilnahme an den Cardioaktivgruppen bei Team Klinikum Nürnberg e. V. anerkenne. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mich in einer ausreichenden körperlichen und geistigen Verfassung befinde um an den Cardioaktiv-Gruppen teilzunehmen und dass auch seitens meiner Ärzte keine Einwände bestehen.**

Ort, Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des/der Teilnehmers/Teilnehmerin \_\_\_\_\_



Ich wünsche die Abbuchung des Spartenbeitrags (bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	¼ jährlich € 24,-	01.01./01.04./01.07./01.10.
<input type="checkbox"/>	½ jährlich € 48,-	01.01./01.07.
<input type="checkbox"/>	jährlich € 96,-	01.01.

#### Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats für eine wiederkehrende Lastschrift:

Zahlungsempfänger	Team Klinikum Nürnberg e. V., Preysingstr. 10, 90475 Nürnberg	
	Gläubiger-ID DE92ZZZ00000209579	Mandatsreferenz-Nr. *

Konto-inhaber	<input type="checkbox"/> Name, Anschrift wie oben	
	Name:	Vorname:
	PLZ/Ort:	Straße:
	IBAN: D E _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _   _ _ _ _	
	Name der Bank:	BIC:

Mandat für Einzug von SEPA-Basis-Lastschrift	Ich/wir ermächtige(n) den Verein Team Klinikum Nürnberg e. V., Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Team Klinikum Nürnberg e. V. auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. <b>Hinweis:</b> Ich/wir kann/können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Nur bei minderjährigen Mitgliedern:	Dieses Lastschriftmandat gilt für die Mitgliedschaft von _____ Vorname und Name

Ort, Datum _____	Unterschrift _____
------------------	--------------------

Vor dem ersten Einzug einer SEPA- Basis- Lastschrift wird mich/ uns das Team Klinikum Nürnberg e. V. über den Einzug in dieser Verfahrensart informieren.  
\* Die Mandatsreferenz-Nr. wird dem Kontoinhaber/ den Kontoinhaber(n) mit einer separaten Ankündigung über den erstmaligen Einzug des Lastschriftbetrages mitgeteilt.

#### Bitte ausgefüllt senden...

per Post an: Katja Wacker Fischhofer Weg 7 91154 Roth-Heubühl	gescannt per E-Mail an: schatzmeister@team-klinikum-nuernberg.de
--	---

#### Wird vom Verein ausgefüllt:

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_  
In Spartenliste erfasst am: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_  
Vom Schatzmeister erfasst am: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_