

Aufnahmeantrag

Mitgliedsnummer _____



Kontakt Daten (Bitte deutlich und in Druckschrift schreiben!)

Name _____ Vorname _____

geb.am _____ in _____

Dienststelle/Abteilung /Station _____ Hausruf _____

PLZ / Wohnort _____

Straße _____ Telefon _____

Email _____

Sportgemeinschaft Klinikum Ingolstadt

Hiermit beantrage ich die **Aufnahme** in die **Sportgemeinschaft** der Klinikum Ingolstadt GmbH. Die Satzung des Vereins erkenne ich an. Mir ist bekannt, dass der **jährliche Mitgliedsbeitrag 15.- €** beträgt. Ein **Austritt** kann nur zum **31. Dezember** eines Jahres erfolgen. Voraussetzung dafür ist, dass die **Austrittserklärung** bis zum **30. November** schriftlich der Sportgemeinschaft Klinikum Ingolstadt vorliegt.

Fitness/Sauna

Als Mitglied der Sportgemeinschaft der Klinikum Ingolstadt GmbH beantrage ich den Zugang zum betriebseigenen Fitness- und Saunabereich. Der Zugang erfolgt über eine „Keycard“ gegen eine **monatliche Nutzungsgebühr von 5.- €**. Die Nutzungsgebühr wird bei **Fälligkeit vierteljährlich** per SEPA-Basis-Lastschrift eingezogen.

Bei Verlust der Karte werden **10.- €** berechnet.

Nutzungsbedingungen

Der Zugang zum Sauna- und Fitnessbereich ist ausschließlich auf den Karteninhaber beschränkt (Übertragbarkeit ausgeschlossen). Beiliegende Verhaltensregeln habe ich zur Kenntnis genommen und akzeptiert. Zuwiderhandlungen führen zum sofortigen Kartenentzug und Ausschluss aus der Sportgemeinschaft Klinikum Ingolstadt.

Ort, Datum

Unterschrift

Erteilung eines Mandats zum Einzug von SEPA-Basis-Lastschriften

Zahlungsempfänger **SG Klinikum Ingolstadt GmbH**
Krumenauerstraße 25, 85049 Ingolstadt

Gläubiger-ID Nr. **DE06ZZZ00000354590**

Mandatsreferenz-Nr.¹ _____

Kontoinhaber

Name und Anschrift wie Seite 1

Name _____ Vorname _____

PLZ / Wohnort _____

Straße _____

IBAN _____ BIC _____

Kreditinstitut _____

Ich ermächtige die Sportgemeinschaft Klinikum Ingolstadt GmbH vom oben genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Sportgemeinschaft Klinikum Ingolstadt GmbH 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 Kreditinstituts vereinbarten Bedingungen.

Das Mandat gilt für wiederkehrende Zahlungen.

Ort, Datum

Unterschrift

¹ Die Mandatsreferenz-Nr. wird dem Kontoinhaber beim erstmaligen Einzug des lastschriftbeitrages mitgeteilt.