



Versehrten - Sportgemeinschaft Rheinhausen e.V.

Verein für Reha- und Behindertensport

Fährstr. 25, 47228 Duisburg, Tel. 02065/55531

FAX: 02065/411826 - E-Mail: info@vsg-rheinhausen.de - vsg-rheinhausen.de

Anmeldung

Person: **A:** _____ | **B:** _____

Anrede: Frau Herr | Frau Herr

Name: _____

Vorname: _____

Straße / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____ / _____

Telefon: _____

geboren am: _____

eMail: _____

Art der Versehrtheit: **A:** _____

(siehe auch Rückseite!)

B: _____

GdB:

	A	B	%	Unfall:	A	B	%
Zivil:				Kriegs:			
Koronar							

Abteilung:		(Bitte ankreuzen)			
	A	B		A	B
Bogensport			Sitzball		
Beckenbodengy.			Chuan-Su		
Bosseln			Tischtennis		
Canasta			Wandern		
Faustball			Wassergymnast.		
Fußball			Wirbelsäulengy.		
Frauensport					
Gymnastik					
Herzsport			Nichtbehindert		
Osteoporose			Förderndes Mit.		
Schwimmen					

Jan 2017www

Beitragsübersicht		ab 1.1.2017	
Erwachsene.....	€	72,-	
Paare.....	€	120,-	
Jugendliche 15 bis 17 J....	€	60,-	
Kinder bis 14 Jahre.....	€	48,-	
Familie, Kinder bis 17 J...	€	144,-	
Einzelp., Kinder bis 17 J..	€	96,-	

IBAN: DE96 3505 0000 0250 0108 81
 BIC: DUISDE33XXX Stadtparkasse Duisburg

VSG Eintritt: _____ Datum _____ Unterschrift _____

1. Vorsitzender	1. Kassierer	1. Schriftführer	Bank	Post	z. d. A
-----------------	--------------	------------------	------	------	---------

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die V.S.G. Rheinhausen e.V., wiederkehrende Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der V.S.G. Rheinhausen e.V. 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.

IBAN	BLZ	Kto.
D E		

Gläubiger-Identifikationsnummer der V.S.G. Rheinhausen: DE68VSG00000318166

BIC									
-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name des Geldinstituts

Kontoinhaber:

Name: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____ / _____

Datum und Unterschrift

Falls auf der Vorderseite nicht angegeben, bitte hier Deine Behinderung ankreuzen!
 Die Behinderung wird von unserem Verband zur Argumentationshilfe gegenüber
 den Kostenträgern benötigt.

(Bitte ankreuzen)

0501	Verlust oder Teilverlust oberer/unterer Gliedmaßen	<input type="checkbox"/>
0502	Funktionseinschränkung oberer und/oder unterer Gliedmaßen, z. B. Lähmungen	<input type="checkbox"/>
0503	Deformierung des Brustkorbes mit Funktionseinschränkung	<input type="checkbox"/>
0504	Funktionseinschränkung der Wirbelsäule, ohne 516 und 517!	<input type="checkbox"/>
0505	Querschnittslähmung, incl. Polio, Spina bifida usw.	<input type="checkbox"/>
0506	Blindheit, hochgrade Sehbehinderung	<input type="checkbox"/>
0507	Taubheit und Gleichgewichtsstörungen	<input type="checkbox"/>
0508	Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>
0509	Morbus Parkinson	<input type="checkbox"/>
0510	Arterielle Verschlusskrankheiten	<input type="checkbox"/>
0511	Asthma und allergische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>
0512	chronische Nierenerkrankungen (Dialyse)	<input type="checkbox"/>
0513	Diabetes	<input type="checkbox"/>
0514	chronische Herzleiden	<input type="checkbox"/>
0515	geistige Behinderung	<input type="checkbox"/>
0516	Morbus Bechterew	<input type="checkbox"/>
0517	Osteoporose	<input type="checkbox"/>
0518	Endoprothese	<input type="checkbox"/>
0519	Krebsbetroffene	<input type="checkbox"/>
0520	Schlaganfall-Betroffene	<input type="checkbox"/>
0521	minimale cerebrale Dysfunktion (MCD)	<input type="checkbox"/>
0522	ADS - Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (früher MCD)	<input type="checkbox"/>
0523	Sonstige Behinderung	<input type="checkbox"/>
0524	Nichtbehindert - Förderndes Mitglied	<input type="checkbox"/>