

Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Mitgliedschaft in den Verein BSM ab Datum:

Angaben zur Person:			
Name:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Vorname:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
geboren:	<input style="width: 30%;" type="text"/>	.	<input style="width: 30%;" type="text"/>
Strasse:	<input style="width: 80%;" type="text"/>	Hausnummer:	<input style="width: 20%;" type="text"/>
PLZ:	<input style="width: 30%;" type="text"/>	Wohnort:	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Telefon:	<input style="width: 80%;" type="text"/>	Mobil:	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Fax:	<input style="width: 30%;" type="text"/>	Email:	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Beruf:	<input style="width: 80%;" type="text"/>	Arbeitgeber:	<input style="width: 80%;" type="text"/>

Angaben zur Behinderung:			
Behinderungsart:	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Behinderungsgrad in %:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Behinderungsursache:	(zurtreffendes bitte ankreuzen)		

Krankheit:			
nein	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>
Krankenkasse:			<input style="width: 80%;" type="text"/>

Unfall:			
nein	<input type="radio"/>	ja	<input type="radio"/>
Berufsgenossenschaft:			<input style="width: 80%;" type="text"/>
Aktenzeichen:			<input style="width: 80%;" type="text"/>

Versorgungsschaden:					
Kriegsbeschädigung:	nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	LWL Versorgungsamt:
Wehrdienstschädigung	nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
Impfschädigung	nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	Aktenzeichen:
Gewalteinwirkung	nein	<input type="radio"/>	Ja	<input type="radio"/>	<input style="width: 80%;" type="text"/>

Auswahl der Sportgruppen	
Ich möchte an folgender Sportgruppe teilnehmen: Zutreffende Sportart(en) bitte ankreuzen, Mehrfachauswahl ist möglich.	
<input type="checkbox"/> Faustbill	<input type="checkbox"/> Fussballtennis
<input type="checkbox"/> Volleyball	<input type="checkbox"/> Bosseln
<input type="checkbox"/> Kegeln	<input type="checkbox"/> Kegeln für Rollstuhlfahre
<input type="checkbox"/> Tischtennis	<input type="checkbox"/> Tennis
<input type="checkbox"/> Hockergymnastik	<input type="checkbox"/> Nordic-Walking
<input type="checkbox"/> Rückenschule	<input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendgruppe
<input type="checkbox"/> Seniorentref	<input type="checkbox"/> Schießen
<input type="checkbox"/> Schwimmen	<input type="checkbox"/> Wassergymnastik
<input type="checkbox"/> Taucher	<input type="checkbox"/> Segeln
<input type="checkbox"/> Leichtathletik	<input type="checkbox"/> Deutsches Sportabzeichen

Ich bin bereit, mich sportärztlich untersuchen zu lassen ja nein

Unterschriften

Meine Daten werden vom BSM ausschließlich zur internen Bearbeitung genutzt und dürfen im Rahmen der Datenschutzvorschriften elektronisch verarbeitet werden. Sie werden nicht an Dritte weiter gegeben.

Münster, den

Unterschrift des/der Antragsteller/s:

Unterschrift der (des) gesetzlichen Vertreter(s):

• Hinweis:

Bitte, drucken Sie das Formular aus, füllen sie es aus und unterschreiben es handschriftlich. Senden Sie es bitte, gemeinsam mit der Einzugsermächtigung, per Briefpost an den BSM (Anschrift siehe oben).