

Aufnahmeantrag

Ich beantrage die Mitgliedschaft in den Verein BSM ab Datum:

Angaben zur Person:

Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>	
geboren:	<input type="text"/>			
Strasse:	<input type="text"/>	Hausnummer:	<input type="text"/>	
PLZ:	<input type="text"/>	Wohnort:	<input type="text"/>	
Telefon:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Mobil:	<input type="text"/>
Fax:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Email:	<input type="text"/>
Beruf:	<input type="text"/>	Arbeitgeber:	<input type="text"/>	

Angaben zur Behinderung:

Behinderungsart: Behinderungsgrad in %:

Behinderungsursache (zurtreffendes bitte ankreuzen)

Krankheit:

nein ja

Krankenkasse:

Unfall:

nein ja

Berufsgenossenschaft:

Aktenzeichen:

Versorgungsschaden:

Kriegsbeschädigung: nein ja LWL Versorgungsamt:

Wehrdienstschädigung nein ja

Impfschädigung nein ja Aktenzeichen:

Gewalteinwirkung nein ja

Auswahl der Sportgruppe(n)	
<p>Ich möchte an folgender Sportgruppe teilnehmen: Zutreffende Sportart(en) bitte ankreuzen, Mehrfachauswahl ist möglich.</p>	
<input type="checkbox"/> Faustball	<input type="checkbox"/> Fußballtennis
<input type="checkbox"/> Volleyball	<input type="checkbox"/> Bosseln
<input type="checkbox"/> Kegeln	<input type="checkbox"/> Kegeln für Rollstuhlfahrer
<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"/> Seniorentreff	<input type="checkbox"/> Schießen
<input type="checkbox"/> Schwimmen	<input type="checkbox"/> Wassergymnastik
<input type="checkbox"/> Segeln	<input type="checkbox"/> ---
<input type="checkbox"/> Leichtathletik	<input type="checkbox"/> Deutsches Sportabzeichen
Ich bin bereit, mich sportärztlich untersuchen zu lassen ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	

Unterschriften	
Die Satzung und Beitragsordnung des BSM sind mir bekannt. Mit meiner Unterschrift erkenne ich sie an. Die aktuellen Beitragssätze habe ich zur Kenntnis bekommen.	
Meine Daten dürfen i. R. der Datenschutzvorschriften elektronisch verarbeitet werden. Sie werden nicht an Dritte weitergegeben.	
Münster, den
Unterschrift des/der Antragssteller/s:
Unterschrift der (des) gesetzlichen Vertreter(s):

• **Hinweis:**
 Bitte, drucken Sie den Aufnahmeantrag aus: (Strg - P), füllen Sie ihn aus und unterschreiben Sie ihn handschriftlich. Senden Sie den Antrag bitte, möglichst mit der Einzugsermächtigung, per Briefpost an den BSM (Anschrift siehe oben). Danke!