

Beitrittserklärung

Unter Anerkennung der Satzung des Hessischen Behinderten- und Rehabilitation-Sportverbandes e.V. (HBR) erklären wir hiermit den Beitritt unseres Vereins als **ordentliches Mitglied** in den HBR zu sofort / zum _____

NAME DES VEREINS: _____

ANSCHRIFT: _____

KOMMUNIKATION: _____
(Tel. p. + d./Fax/Handy/E-Mail)

KONTOVERBINDUNG IBAN: _____

Der Verein ist Mitglied des Sportkreis: _____ LSB-Vereinsnummer: _____

VERANTWORTLICHE MITARBEITER/-INNEN IM BEHINDERTENSPORT:

FUNKTION NAME, VORNAME und ANSCHRIFT / Tel.(p./d.) / Fax / Handy / E-Mail

Abteilungsleiter/-in: _____

! Vereinsanschrift für den HBR und die Leistungsträger!

Ärztin/Arzt: _____

Übungsleiter/-in: _____

Diese Anschriften werden beim HBR EDV-technisch gespeichert/verarbeitet und nur zur Sicherung und Weiterentwicklung des Behinderten-/Rehabilitationssports/Funktionstrainings weitergegeben. Ohne gegenteilige Rückmeldung gehen wir davon aus, dass das Einverständnis der Personen vorliegt.

Der Verein wird mit den Daten (Adresse, Telefonnummer und E-Mail) der Ansprechpartnerin/des Ansprechpartners im Internet veröffentlicht. Ohne gegenteilige Rückmeldung gehen wir davon aus, dass das Einverständnis der Ansprechpartnerin/des Ansprechpartners vorliegt.

ÜBUNGSLEITER-LIZENZ:

- HBRS-Lizenz ist vorhanden
- Es liegt keine HBRS-Lizenz vor, vorhandene Qualifikationen sind diesem Aufnahmeantrag in Kopie beigefügt.

Bitte beachten: Die Anerkennung als Leistungserbringer kann erst ausgesprochen werden, wenn alle Bedingungen zur Aufnahme erfüllt sind!

ANGEBOT:

Der Verein plant ein Angebot im Bereich:

- Rehabilitationssport (Antrag auf Anerkennung ist beigefügt:
- Allg. Breiten-/Wettkampfsport für Menschen mit Behinderungen für folgende Behinderungsart/Zielgruppe _____ / Sportart _____.

Wenn Rehabilitationssport/Funktionstraining angeboten/abgerechnet werden soll, benötigt der Verein/die Abteilung ein Institutionskennzeichen (IK). Wenn vorhanden, bitte im jeweiligen Antrag auf Anerkennung eintragen, ansonsten bitte beantragen bei der Arbeitsgemeinschaft IK, Alte Heerstr. 111, 53757 Sankt Augustin, Fax: 02241/2311334, Tel.: 02241/2311800.

**MITGLIEDERZAHL
DES BEHINDERTENSPORT-VEREINS/DER BEHINDERTENSPORT-ABTEILUNG
zum Zeitpunkt der Gründung**

1.) Mitglieder ab 18 Jahre

a) Behinderte _____

b) Nichtbehinderte _____

2.) Mitglieder bis einschließlich 18 Jahre

a) Behinderte _____

b) Nichtbehinderte _____

Gesamtzahl der Mitglieder: _____ oder:

Bitte ggf. ankreuzen:
Die Gruppe ist noch in der
Gründungsphase. Die Teilnehmer-
zahl teilen wir direkt nach Beginn
des Sportbetriebes mit!

VERBANDS-MITGLIEDSBEITRAG/Jahr und Mitglied ab 1.1.2025:

Vereinsmitglieder = 7,10 €

Teilnehmer am Rehasport ohne Mitgliedschaft = 7,10 €

Nichtmitgliederversicherung = 2,25 €

Die Mitgliedsbeiträge sind ab Aufnahmemonat zu entrichten. In den folgenden Jahren richtet sich der Beitrag nach dem Mitgliederbestand vom 1. Januar des Jahres (die Informationen zur Statistik-Meldung werden Ihnen jeweils im Dezember des Vorjahres mitgeteilt).

Wir versichern hiermit, dass die vorstehenden Angaben dem tatsächlichen Stand entsprechen.

Ort, Datum

Vereinsstempel

Unterschrift(en)

Berechtigte nach § 26 BGB

Hessischer Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband e.V., Esperantostraße 3, 36037 Fulda
0661 / 869769-0, 0661 / 869769-29 (Fax), geschaefsstelle@hbrs.de, www.hbrs.de
