



Anmeldung Gesundheitskurs



Rückerstattungsfähige Gesundheitskurse für Kinder im Alter von 6-12 Jahren. Die Kurse und die Übungsleiter der Kindersportschule Hochfranken sind sowohl nach dem „Deutschen Standard Prävention“ als auch über das Gütesiegel „Sport pro Gesundheit“ vom Deutschen Olympischen Sportbund geprüft und zugelassen.



Bis zu 100% sind die präventiven Gesundheitskurse nach § 20 SGB V bei den gesetzlichen Krankenkassen abrechnungsfähig. Der Teilnahmebeitrag für einen 12er-Kurs liegt bei 125€ für Nicht-Mitglieder der Kindersportschule. Mitglieder zahlen eine reduzierte Gebühr von 75,00€.

Durchführungsorte für Kurse können sich kurzfristig ändern. Die KiSS behält sich das Recht vor bei mangelnder Teilnehmezahl Kurse auch abzusagen.

Anmeldedaten

Name (Eltern) _____ Vorname _____

Name (Kind) _____ Vorname _____

Adresse _____

Geburtsdatum (Kind): _____

Einschränkungen: _____

Notfall erreichbarkeit Telefon _____ E-Mail _____

Mitglied der Kindersportschule Hochfranken Ja Nein

Bestätigung der Anmeldung _____
(Unterschrift Erziehungsberechtigten)

Abrechnungsfähiger Gesundheitskurs 1.Quartal 2019, „12er Kurs“

Krötenbruck, Turnhalle Grundschule, Schulstr. 5 · 95032 Hof (Start: Do, 10.01.2019, 15:45-16:45 Uhr)

Rehau Dreifachturnhalle, Pilgramsreuther Str. 46 · 95111 Rehau (Start: Di, 8.01.2019 17:00-18:00 Uhr)

Selb Jahnturnhalle, Jahnstr. 35, 95100 Selb (Start: Mi, 09.01 von 17.30-18.30 Uhr)

Selb Luitpoldturnhalle, Lorenz-Hutschenreuther-Str. 8 · 95100 Selb (Start: Do, 10.01 von 15.45-16.45 Uhr)

Lastschrift, Einzugsermächtigung liegt bereits vor, da bereits KiSS Mitglied

Lastschrift, Einzugsermächtigung erteile ich hiermit:

SEPA-LASTSCHRIFTVERFAHREN

(KiSS Hochfranken, Geschäftsstelle TS-Selb 1887-GläubigerID: DE52ZZZ00000014553-Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt)

Ich ermächtige die KiSS Hochfranken, Trägerverein Turnerschaft 1887 Selb, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die KiSS Hochfranken, explizit den Trägerverein Turnerschaft 1887 Selb 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. Bitte ziehen Sie die von mir zu entrichtenden Zahlungen zum 15.ten des Monats oder dem nächstfolgenden Bankarbeitstag von meinem Konto ein:

Bankverbindung (Bitte immer ausfüllen):

Kontoinhaber: _____ Kreditinstitut: _____

IBAN _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ | BIC _ _ _ _ _ _ _ _

Weitere Infos zum Kontoinhaber:

Nur Auszufüllen, wenn abweichend zu den Angaben oben: Erziehungsberechtigten Antragssteller!

Telefon _____ PLZ _____ Ort _____

Straße _____

Datum _____

Unterschrift (Kontoinhaber) _____