

# Privat / Rehasport im rehavital gesundheitssport e.V.:



Die privaten Krankenkassen (PKV) sind nicht verpflichtet Rehabilitationssport zu zahlen. Viele der PKV fördern dennoch die Teilnahme am Rehabilitationssport. Diese Förderung ist vom Versicherten selbst abzuklären.

Die Vereinbarung ist auf die Dauer von 12 Monate begrenzt

Die Anzahl der wöchentlich möglichen Übungseinheiten richtet sich nach der Empfehlung des verordnenden Arztes und dem aktuellen Auslastungsgrad der Rehasportstunden.  
Die Duschen dürfen genutzt werden.

Die Vereinbarung über Verordnungen im Rehabilitationssport berechtigt zur Teilnahme an folgender(n)

Gruppenstunde(n): \_\_\_\_\_

Der Einlass ist frühestens 15 Minuten vor Beginn der Übungsstunden möglich. Kostenlose Parkplätze sind ausreichend vor dem Gebäude vorhanden.

Der Übungsraum befindet sich im Obergeschoss, dort ist eine gemeinsame Umkleide vorhanden, getrennte Umkleiden sind im Keller nutzbar.

Für die DJK Burggriesbach Vereinsmitglieder sind die Duschen kostenlos zugänglich und bis 20 Minuten nach Übungsende möglich.

Die Kosten des Rehasports in Höhe von 350,00 Euro werden per Lastschrift im Voraus eingezogen. Die Berechnung erfolgt unabhängig der tatsächlich geturnten Einheiten.  
Nach Beendigung der Rehamaßnahme erstellen wir gerne auf Wunsch eine Bestätigung.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

## SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-ID: DE51ZZZ00000386178 Mandatsreferenznummer: KN \_\_\_\_\_001

Ich ermächtige den rehavital gesundheitssport e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem rehavital gesundheitssport 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.

Die Abbuchung in Höhe von 350,00 Euro erfolgt einmalig zu Beginn der Rehamaßnahme.

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

BIC: \_\_\_\_\_

IBAN: DE \_\_\_\_\_

Datum & Unterschrift des Vereinsvertreters

Datum & Unterschrift des Antragstellers

\_\_\_\_\_

## Datenschutzerklärung

Da Sie uns Ihre persönlichen Daten anvertrauen, stellt der rehavital gesundheitssport e.V. sicher, dass Ihre Privatsphäre bei der Nutzung unserer Leistungen gewahrt bleibt.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geb. Datum

Ich willige ein, dass der rehavital gesundheitssport e.V., als verantwortliche Stelle, die erhobenen personenbezogenen Daten, wie Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Krankenkassendaten und Gesundheitsdaten (verordnungsrelevante Diagnosen) digital erfasst, verarbeitet und zu diesem Zwecke an Dritte weiterleitet. Diese Daten werden ausschließlich zum Zwecke der Mitgliederverwaltung, der Abrechnung der erbrachten Leistungen mit unserem Abrechnungszentrum und der Übermittlung von Vereinsinformationen durch den Verein verwendet.

Ich willige außerdem ein, dass der rehavital gesundheitssport e.V., als verantwortliche Stelle, meine elektronische Unterschrift (digitale Signatur) auf dem zertifizierten Signaturpad zum Zwecke der Abrechnung gegenüber dem Kostenträger nutzt. Mir ist bekannt, dass die Teilnahme an der benannten Maßnahme durch mich in Form der eigenhändigen Unterschrift bestätigt werden muss, so dass der Leistungserbringer eine Abrechnungsgrundlage gegenüber dem durch meine Krankenversicherungskarte bestimmten Kostenträger hat. Mit dieser Einverständniserklärung erteile ich dem rehavital gesundheitssport e.V. bis auf Widerruf die Einwilligung zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner elektronisch erfassten Unterschrift zum Zweck der Abrechnung.

- Ich willige ein, dass der rehavital gesundheitssport e.V., als verantwortliche Stelle, meine Telefonnummer und E-Mail-Adresse zum Zwecke der Terminvereinbarung und für Rückfragen im Sinne dieser Vereinbarung / Mitgliedschaft erheben, digital speichern und nutzen darf.

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Nach Endabrechnung der Verordnung durch unser Abrechnungszentrum werden die personenbezogenen Daten gelöscht, soweit sie nicht entsprechend der steuerrechtlichen Vorgaben aufbewahrt werden müssen.

Sie können darüber hinaus jederzeit ohne Angabe von Gründen von Ihrem **Widerspruchsrecht** Gebrauch machen und die erteilte Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft abändern oder gänzlich widerrufen. Sie können den Widerruf entweder postalisch oder per E-Mail an den Vertragspartner übermitteln.

Alle weiteren Datenschutzbestimmungen entnehmen Sie der öffentlich zugänglichen Datenschutzerklärung an unserer Infowand.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden in eine Whatsapp Trainingsgruppe aufgenommen zu werden.

Mobilfunk-Nummer: \_\_\_\_\_

Die angemeldeten Kursteilnehmer verpflichten sich bei Verhinderung mindestens 6 Stunden vorher abzusagen. Ansonsten behalten wir uns vor, ihnen die Teilnahme persönlich in Rechnung zu stellen.

Ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen.

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift