



## Mitgliedserklärung

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft im Landeselebsthilfeverband Sachsen für Osteoporose e.V.

Gruppennummer: \_\_\_\_\_

Meine Mitgliedschaft beginnt am: \_\_\_\_\_

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

PLZ / Wohnort \_\_\_\_\_

Straße / Nummer \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_ Versicherungsnr. \_\_\_\_\_

✂ .....

Mitglied in der SHG \_\_\_\_\_

Mitglied seit \_\_\_\_\_

Den oberen Teil bitte per Post an: LV Sachsen für Osteoporose e.V.  
Kirnitzschtalstraße 81  
01814 Bad Schandau

Der Jahresbeitrag beträgt derzeit 30,00 €. Dazu kommt eine einmalige Aufnahmegebühr von 10,00 €. Der Beitrag ist jährlich bis 15.01. fällig.

Bei Eintritt ab 01.04. / 01.07. / 01.10. des lfd. Jahres ist der anteilige Beitrag + eine einmalige Aufnahmegebühr von 10,00 € (32,50 € / 25,00 € / 17,50 €) zu zahlen.

Bitte auf der Überweisung unbedingt Name, Vorname, Mitgliedsnummer und Nummer der Selbsthilfegruppe angeben.

**Eine Kündigung ist nur zum Ende des Kalenderjahres mit einer Frist von 3 Monaten möglich.**

**Vor dem Eingehen einer Mitgliedschaft erfolgte eine Information zum Angebot des Vereins als Leistungserbringer für Funktionstraining als Gruppentherapie**

Dabei wurden folgende Punkte angesprochen:

- Tag, Ort und Zeit des Funktionstrainings, Gruppenstärke max. 15 Personen
- Dauer der Übungsveranstaltung (45 min Trockengymnastik, 30 min Wassergymnastik)
- Betreuung durch ausgebildete Osteoporose-Übungsleiter
- Abschluss einer Unfallversicherung für die Zeit der Teilnahme am Funktionstraining durch den Verein
- Mitteilungspflicht an den Verein bei Änderung der Anschrift oder Wechsel der Krankenkasse während der Dauer des Funktionstrainings

**Zur Mitgliedschaft geben wir folgende Informationen weiter:**

Im Interesse der Nachhaltigkeit der Rehabilitationsmaßnahme wird auch von den Kostenträgern ( Krankenkassen ) eine Mitgliedschaft auf freiwilliger Basis befürwortet.

Eine freiwillig eingegangene Mitgliedschaft kann entsprechend der Vereinssatzung beendet werden.

Ich erkläre meinen freiwilligen Beitritt zum Landesselbsthilfeverband Sachsen für Osteoporose e.V. und verpflichte mich, die Satzung und die Ordnungen des Vereins zu beachten und meinen Beitrag pünktlich zu bezahlen.

**Ort, Datum, Unterschrift** \_\_\_\_\_