

Beitrittserklärung



Behinderten Sportverband
Niedersachsen

Unter Anerkennung der Satzung des Behinderten-Sportverbandes Niedersachsen e. V. (BSN) erklären wir hiermit den Beitritt unseres Vereins / unserer Abteilung in den BSN zu sofort / zum _____ (bei neuen Vereinen abhängig von der Bestätigung der Mitgliedschaft im LandesSportBund Niedersachsen e.V.!) im LandesSportBund Niedersachsen e.V.!

NAME DES VEREINS: _____

ANSCHRIFT: _____

KOMMUNIKATION: _____

z. B.: Tel. p. + d./Fax/Handy/e-m@il, freiwillige Angabe

IBAN: _____ bei: _____

Der Verein ist Mitglied des Stadt-/Kreissportbundes: _____

LSB-Vereinsnummer: _____

VERANTWORTLICHER ABTEILUNGSLEITER/-IN IM BEHINDERTENSPOORT:

FUNKTION _____ NAME, VORNAME und ANSCHRIFT _____

Abteilungsleitung: _____

Kommunikation: _____

Tel. p./ d., Fax, Mobil, e-m@il:
freiwillige Angabe*

! Vereinsanschrift für den BSN und die Leistungsträger!

Diese Anschrift wird beim BSN EDV-technisch gespeichert/verarbeitet und nur zur Sicherung und Weiterentwicklung des Behinderten-/Rehabilitationssports weitergegeben.

*Die Kommunikationsdaten sind wichtig, um am Angebot des Vereins Interessierte an den Verein vermitteln zu können. Weiterhin müssen auch die Kommunikationsdaten den Leistungsträgern im Rahmen einer Anerkennung (Rehabilitationssport/Funktionstraining) übermittelt werden.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten als Ansprechpartnerin/Ansprechpartner des Vereins wie oben im Internet (www.bsn-ev.de/vereine/vereinsuche/) veröffentlicht werden. Dieses Einverständnis kann gegenüber dem BSN (Adresse s. nächste Seite) jederzeit widerrufen werden.

Unterschrift Abteilungsleitung

ÜBUNGSLEITER/-IN: BSN-Lizenz ist vorhanden

Name, Vorname, Geb.Datum: _____

Es liegt keine BSN-Lizenz vor, vorhandene Qualifikationen sind dieser Beitrittserklärung in Kopie beigelegt.

ANGEBOT:

Der Verein plant ein Angebot im Bereich:

Rehabilitationssport (Antrag auf Anerkennung ist beigelegt:)

Funktionstraining (Antrag auf Anerkennung ist beigelegt:)

Allg. Breiten-/Wettkampfsport für Menschen mit Behinderungen für folgende Behinderungsart/Zielgruppe _____/Sportart _____.

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

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.

