**INTERESSENGEMEINSCHAFT FÜR THERAPEUTISCHES**

# **REITEN TECKLENBURGER Land e.V.**

 Gemeinnütziger Verein - Mitglied im Kuratorium für Therap. Reiten,

 im BRSNW und im Kreissportbund

##

**Beratungsgespräch – Mitglieds -- und Therapiebeitrag – Rehasport Verordnung**

Im **Beratungsgespräch** wurden folgende sieben Punkte angesprochen:

-Beginn des Sportangebotes, Tag, Zeit, Ort - Dauer einer Übungsveranstaltung

 **-**Inhalt: Gymnastik am Pferd, therapeutisches Reiten, heilpädagogisches Reiten

 -Eine Unfallversicherung ist mit der ARAG Sportversicherung abgeschlossen.

-Fotos, die während des Reitens gemacht werden, darf der Verein auf Flyern

 oder der Homepage nutzen.

 – Ab dem 25.05.2018 gelten die neuen Vorschriften nach der neuen Datenschutz-

 Grundverordnung (DSGVO) und das neue Datenschutzgesetz (BDSG).

 -Mit Ablauf der Verordnung oder nach den genehmigten Einheiten (50 oder 120)

 isteine Beendigung **nur schriftlich möglich.**

Der **Mitgliedsbeitrag** pro Einzelperson oder Familie beträgt **100** **,00 €** pro Jahr.

 **Der Mitgliedsbeitrag wird im Eintrittsmonat eingezogen.**

 Er ist nötig für die Unfallversicherung und die Beiträge an den Behinderten- und

 Rehabilitationssportbund, Kreissportbund, Stadtsportbund, Kuratorium für

 Therap. Reiten, Berufsgenossenschaft, Büroartikel und Seuchenkasse.

Mit dem **Therapiebeitrag** bezahlen wir die Therapeutinnen, die Pferdepflege und – fütterung,

 die Miete für das Gelände, den Tierarzt, Medikamente und den Hufschmied.

 Eine Übungsveranstaltung dauert in der Regel 20 Minuten.

-Wenn Sie eine von der Krankenkasse genehmigte Rehasport Verordnung haben,

 zahlen sie **400,00 für ein Jahr.**

Mitgliedsbeiträge und Therapebeiträg werden vierteljährlich eingezogen **125,00 Euro**.

 Für Sozialleistungsberechtigte können Sondervereinbarungen getroffen werden.

-**Ohne Rehasport Verordnung zahlen Sie den Mitgliedsbeitrag von 100,00 Euro und pro Übungs-Veranstaltung 20,00 €.**

Bei Integrationskindern übernimmt der Kindergarten den Therapiebeitrag.

-Bildungsgutscheine bzw. die Münsterlandkarte gelten auch als Zahlungsmittel.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Gläubiger-Identifikationsnummer DE 23 IGT 00000 224110

 Vorstand: Wolfgang Klemens Stapper, Zanderstr.9a, 49509 Recke, Tel. 05453/918636

 www.therapeutisches-reiten-tl.de E-Mail-Adresse: verein-therap.-Reiten-tl@t-online.de

 **Beitrittserklärung**

Vor- und Familienname, Geburtsdatum:………………………………………………………

Postleitzahl, Ort:………………………………………………………………………………

Straße, Hausnr. …………………………………….. Tel: ……………………………..

Grad der Behinderung: (Pflichtangabe) ………… % Krankenkasse: ………………………

# Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mir die Einladung zur Mitgliederversammlung an die folgende E-Mail-Adresse zugestellt wird:

# .....................................................@................................................... Eine briefliche Einladung ist damit nicht mehr erforderlich. Die Einladung gilt als zugestellt, wenn sie an die E-Mail-Adresse abgesendet wurde. Eine Änderung der E-Mail-Adresse teile ich rechtzeitig mit.

Hiermit erkläre/n ich/wir den freiwilligen Beitritt zur IGThR. Tecklenburger Land e.V.

Datum, Ort und Unterschrift\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Für eine Abbuchung braucht die IG von Ihnen ein **SEPA-Lastschriftmandat**:

„Ich ermächtige die IG für Therap. Reiten, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die Lastschriften einzulösen. Ich kann innerhalb acht Wochen vom Belastungsdatum aus der Erstattung des Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.“

 Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung ***vierteljährig.***

In der vierteljährigen Zahlung sind enthalten der Mitgliedsbeitrag und der Therapiebeitrag

gleich 125,00 Euro.

Vorname und Name des Kontoinhabers:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Konto: IBAN:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_BIC\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Ort und Unterschrift\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ihre Mandatsreferenz ist die Mitgliedsnr.; sie wird hier und auf die Einzüge eingetragen. eingetragen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Wenn Sie selber die Beiträge überweisen möchten, tragen Sie das bitte hier ein**

**und nehmen Sie dafür die untenstehende IBAN-Nummer: …………………….**

**Bankverbindung**: Kreissparkasse Steinfurt: BIC: WELADED1STF **IBAN: DE91 4035 1060 0000 0005 47**