

# Beitrittserklärung Rehasportanbieter



Landesarbeitsgemeinschaft  
Herz und Kreislauf  
in Schleswig-Holstein e. V.

Hiermit erklären wir unseren Beitritt zur  
Landesarbeitsgemeinschaft Herz und Kreislauf in Schleswig-Holstein e.V. (LAG)

<b>Träger der Gruppe</b>	
Anschrift	
Telefon	Fax
Email	

Die derzeitige Patientenabgabe beträgt:

- für Herz-Kreislaufgruppen** **€ 0,77**  
für alle Teilnehmer in den Herz-Kreislaufgruppen  
pro Teilnehmer und Monat  
(Herzgruppen, Herzinsuffizienzgruppen, Nachfolgegruppen, Kinderherzgruppen)
- für sonstige Rehabilitationssportgruppen** **€ 90,00** jährlich  
Die Mitgliedschaft kostet für die 1. - 5. Reha-Gruppe 90 € Mitgliedsbeitrag im Jahr.  
Ab der 6. - 10. Reha-Gruppe für weitere Gruppen 45 € Jahresbeitrag und ab der 11. Rehasportgruppe 30 €  
pro Jahr.

Der Träger der Herz-Kreislaufgruppe(n) bzw. der Reha-Gruppe(n) verpflichtet sich mit dem Beitritt, die vorgegebenen Qualitätsstandards der Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining in der jeweils gültigen Fassung umzusetzen und einmal jährlich mit der Bestandserhebung gegenüber der LAG nachzuweisen. Die Satzung der Landesarbeitsgemeinschaft erkennen wir an.

## Einwilligungserklärung zur Datenerhebung, -speicherung und -weitergabe

Träger von Herzgruppen und Rehabilitationssportgruppen sind verpflichtet, im Rahmen ihrer vertraglichen Vereinbarungen Vereins- und Gruppendaten anzugeben, die bei den anerkennenden Stellen gespeichert und aus Abrechnungs-, Informations- und statistischen Gründen an die jeweiligen Rehabilitationsträger übermittelt werden. Alle Mitarbeiter haben die Einwilligungserklärung zur Schweigepflicht und zum Datenschutz unterschrieben.

**Ort, Datum**

**Unterschrift für den Beitritt/Stempel**

# Beitrittserklärung Rehasportanbieter



Landesarbeitsgemeinschaft  
Herz und Kreislauf  
in Schleswig-Holstein e. V.

**Sepa Lastschrift Mandat: Gläubiger-Identifikations-Nr. DE69ZZZ00000264119**

**Die Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt.**

Hiermit ermächtige ich die LAG, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der LAG auf meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Hinweis gem. § 26 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG): Die gemachten Angaben werden elektronisch gespeichert.

Kontoinhaber	
IBAN -----	BIC
Bei Kreditinstitut:	

**Ort, Datum**

**Unterschrift für die Einzugsermächtigung**