



Antrag auf Mitgliedschaft

SPORTCLUB KLINIK

Vorname _____ Nachname _____

Titel _____ Geburtsdatum _____

Klinik-/Institutsadresse:

Klinik _____ Abteilung _____

Tel. _____ mail _____

ODER Privatadresse:

Straße _____ PLZ|Ort _____

Tel. _____ mail _____

Angestellt|PensionistIn von TIROL-KLINIKEN | AZW | FH-G | MUI | UMIT | ITH

Angehörig|FreundIn von _____

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Sportclub Klinik Innsbruck.

Durch die Bezahlung des Mitgliedsbeitrages

- € 90,- für Angestellte und Pensionist:innen von TIROL-KLINIKEN | AZW | FH-G | MUI | UMIT | ITH
- € 110,- für Angehörige | Freunde

wird die Mitgliedschaft aktiv und gilt für das jeweils laufende Sportjahr (September - Juni).

Durch Einzahlung für das Folgejahr verlängert sich die Mitgliedschaft um ein weiteres Sportjahr, ebenso der Sportversicherungsschutz.

Als aktives Mitglied des SC Klinik habe ich das Recht, an ALLEN Angeboten und Trainings teilzunehmen – aktuelle Termine im TIPO unter Spektrum|MitarbeiterInnen|Sport od. www.sc-klinik.tirol.

IBAN: AT10 3600 0000 0054 0369 (Raiffeisen Landesbank)

Mit meiner Unterschrift stimme ich den Datenschutzbestimmungen wie auf der Vereinshomepage veröffentlicht zu.

Datum _____ Unterschrift _____

Das ausgefüllte Formular bitte per Hauspost od. mail an den SPORTCLUB KLINIK schicken.