



## Antrag auf Mitgliedschaft

### SPORTCLUB KLINIK

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Titel \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

*Klinik-/Institutsadresse: (Angestellte)*

Klinik \_\_\_\_\_ Abteilung \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

*Privatadresse: (Angehörige)*

Straße \_\_\_\_\_ PLZ|Ort \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

☐ Angestellt|PensionistIn von TIROL-KLINIKEN | AZW | FH-G | MUI | UMIT | ITH (**bitte auswählen**)

☐ Angehörig|FreundIn von oben genannten Angestellten (**bitte oben ausfüllen**)

**Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Sportclub Klinik Innsbruck.**

Durch die Bezahlung des Mitgliedsbeitrages

- € 120,- für Angestellte und Pensionist:innen von TIROL-KLINIKEN | AZW | FH-G | MUI | UMIT | ITH
- € 160,- für Angehörige | Freunde

**IBAN: AT10 3600 0000 0054 0369 (Raiffeisen Landesbank)**

**Sportclub Klinik**

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](http://www.sc-klinik.tirol).

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

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

*Das ausgefüllte Formular bitte per Hauspost oder per **E-Mail** an den  
SPORTCLUB KLINIK schicken, **zusammen mit der Zahlungsbestätigung.***