



Recreatiesport voor (ex-) hartpatiënten  
 3137 RA Vlaardingen  
 Mobiel 06-55747701  
 www.cardiosportrijmond.nl  
 Email: els.bergers@kpnmail.nl  
 info@haartendens.nl  
 Bankrekeningnr.: **NL77INGB0003825478**

## A. INSCHRIJFFORMULIER

Ondergetekende wil gaan deelnemen aan de spel- en sportactiviteiten van Cardiosport "Rijnmond" te Schiedam.

NAAM: \_\_\_\_\_ ROEPNAAM: \_\_\_\_\_  
 ADRES: \_\_\_\_\_ TELEFOON: \_\_\_\_\_  
 PC + WOONPL.: \_\_\_\_\_ MOBIELNR.: \_\_\_\_\_  
 EMAIL-ADRES: \_\_\_\_\_ GEB.DATUM: \_\_\_\_\_  
 AANVANGSDAT.: \_\_\_\_\_ Zorgverzek: \_\_\_\_\_ Huisarts: \_\_\_\_\_

Groep: M1 / M2 / M3 / W1 / W2 / D1

Handtekening deelnemer,

Maandag: groep 1 13.00 tot 14.30 uur  
 groep 2 14.30 tot 16,00 uur  
 groep 3 16.00 tot 17.30 uur  
Woensdag: groep 1 19.00 tot 20.30 uur  
 groep 2 20.30 tot 22,00 uur  
Donderdag: groep 14.30 tot 15.30 uur.

**VERGEET UW 2 PASFOTO'S NIET A.U.B.**



----- (hierlangs afknippen / afscheuren) -----

## B. Machtiging Automatische Incasso SEPA

Ondergetekende verleent hierbij tot wederopzegging machtiging aan zijn / haar bank en de

Vereniging : Cardiosport „Rijnmond” recreatiesport voor (ex-)hartpatiënten

Adres : Secretariaat: p/a Bunninkhoeve 2

Machtiging .nr.: \_\_\_\_\_ (niet invullen)

Postcode : 3137 RA Woonplaats : Vlaardingen

**IBANrekening : NL77INGB0003825478**

**Incassant ID: NL06ZZZ40347861000**

**Land: NL**

om bedragen van zijn/haar bankrekening af te schrijven wegens het innen van de contributie per kwartaal van € 45,00 (€ 67,50 2x p.w.). Tijdens de jaarlijkse Algemene LedenVergadering wordt bepaald of de contributie wordt verhoogd of niet. Bij verhoging wordt het bedrag automatisch aangepast.

Ondergetekende is bekend met het feit dat 1/ indien hij/zij niet akkoord is met de afschrijving, hij/zij binnen 56 dagen bij zijn/haar eigen bankkantoor opdracht kan geven het bedrag terug te boeken,

2/ het bedrag aan het begin van elk kwartaal wordt geïnd.

NAAM: \_\_\_\_\_ ROEPNAAM: \_\_\_\_\_  
 ADRES: \_\_\_\_\_ TELEFOON: \_\_\_\_\_  
 PC + WOONPL.: \_\_\_\_\_ MOBIELNR.: \_\_\_\_\_  
 EMAIL-ADRES: \_\_\_\_\_ GEB.DATUM: \_\_\_\_\_  
 AANVANGSDAT.: \_\_\_\_\_ Zorgverzek: \_\_\_\_\_ Huisarts: \_\_\_\_\_

Groep: M1 / M2 / M3 / W1 / W2 / D1

Schiedam d.d.: \_\_\_\_\_

Handtekening deelnemer:

**UW IBANREK.: NL-.....**