

**INTERESSENGEMEINSCHAFT  
REITEN TECKLENBURGER**

Gemeinnütziger Verein - Mitglied  
im BRSNW und



**FÜR THERAPEUTISCHES  
Land e.V.**

im Kuratorium für Therap. Reiten,  
im Kreissportbund

**Therapieort: 48477 Riesenbeck - Birgte**

**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) ist eine Beendigung ohne Kündigung möglich – eventuell auch eine Fortsetzung.
  - Die Krankenkassen zahlen ab 2016 allgemein 5,25 €, bei Kindern bis 14 J. 7,80 €.
  - Rehasport sollte im Allgemeinen ohne Vereinsmitgliedschaft oder Zuzahlung möglich sein; auf freiwilliger Basis werden sie jedoch von den Krankenkassen befürwortet.

Der **Mitgliedsbeitrag** pro Einzelperson oder Familie beträgt **60,00 €** pro Jahr.

- 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 bis 30 Minuten.

- Wenn Sie eine von der Krankenkasse genehmigte Rehasport Verordnung haben, zahlen sie **70,00 €** für 3 Monate, entspricht **140,- €** für ein halbes Jahr.  
Für Sozialleistungsberechtigte können Sondervereinbarungen getroffen werden.

**-Ohne Rehasport Verordnung zahlen Sie nur den Mitgliedsbeitrag und pro Übungs-veranstaltung 18,00 €.**

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  
Silke Baartz, Ibbenbüren, Anne Obermeyer, Hörstel – Riesenbeck ,  
www.therapeutisches-reiten-tl.de E-Mail-Adresse: [verein@therapeutisches-reiten-tl.de](mailto:verein@therapeutisches-reiten-tl.de)  
6.9.2018

**. INTERESSENGEMEINSCHAFT FÜR THERAPEUTISCHES REITEN  
TECKLENBURGER LAND E.V.**

**Beitrittserklärung für**

Vor- und Familienname, Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Postleitzahl, Ort \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

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 die Erstattung des Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.“  
Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

Möglichst zum 15. eines Monats, ab folgendem Datum \_\_\_\_\_  
***ganzjährig oder halbjährig oder vierteljährig.***

Vorname und Name des Kontoinhabers: \_\_\_\_\_

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

IBAN\_ oder Kreditinst. und Kontonummer \_\_\_\_\_

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**