



Anmeldung KiSS Plus: Präventives Gesundheitstraining für Kinder



Mit diesem Anmeldeformular melden sie ihr Kind/ihre Kinder verbindlich für die wiederkehrende Präventionskursreihe für Kinder ab 6 Jahren der KiSS-Hochfranken an. Damit nimmt ihr Kind/nehmen ihre Kinder bis zum Widerruf an dem Krankenkassenprogramm teil. Mit Kündigung der KiSS-Mitgliedschaft erlischt auch die Teilnahme am Präventionsprogramm KiSS Plus.



Das Präventionsprogramm KiSS Plus findet im ersten sowie letzten Quartal eines Jahres statt. Die fälligen Kursgebühren (werden immer im **Februar** und im **November** eingezogen. Am Ende der jeweiligen Kursreihe erhalten die Eltern eine Teilnahmebestätigung, die bei der gesetzlichen Krankenkasse zur Abrechnung eingereicht werden kann. Zwischen 80%100% sind die präventiven Gesundheitskurse nach § 20 SGB V bei den **gesetzlichen Krankenkassen** abrechnungsfähig. Der Teilnahmebeitrag für einen 10er-Kurs liegt bei 120,00€.

Anmeldedaten

Name _____ Vorname _____
(Erziehungsberechtigter)

Name (Kind 1) _____ Vorname _____

Name (Kind 2) _____ Vorname _____

Adresse _____

Geburtsdatum Kind(er): _____

Einschränkungen: _____

E-Mail _____

Mitglied der Kindersportschule Hochfranken Ja Nein

Wo nimmt ihr Kind an KiSS teil? Bitte nur einen Standort ankreuzen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Höchstädt | <input type="checkbox"/> Erkersreuth Schulturnhalle |
| <input type="checkbox"/> Rehau | <input type="checkbox"/> Helmbrechts |
| <input type="checkbox"/> Selb Jahnturnhalle | |

Bestätigung der Anmeldung

(Ort, Datum)

(Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

SEPA-LASTSCHRIFTVERFAHREN

- Lastschrift, Einzugsermächtigung liegt bereits vor, da bereits KiSS-Mitglied (Lastschrift muss nicht noch einmal ausgefüllt werden)
- Lastschrift, Einzugsermächtigung erteile ich hiermit: Bitte füllen sie das nachfolgende Mandat aus:

KiSS Hochfranken, Geschäftsstelle TS-Selb 1887-GläubigerID: DE52ZZZ0000014553-Mandatsreferenznummer wird separat mitgeteilt)
Ich ermächtige den Trägerverein der KiSS Hochfranken, die Turnerschaft 1887 Selb, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, explizit die Turnerschaft 1887 Selb auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Bitte ziehen Sie die von mir zu entrichtenden Zahlungen von meinem Konto ein:

Bankverbindung (Bitte immer ausfüllen):

Kontoinhaber: _____ Kreditinstitut: _____

IBAN ^{DE} _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ | BIC _ _ _ _ _ _ _ _

(Datum)

(Unterschrift Kontoinhaber)