

SPORTCLUB KLINIK

ANICHSTRASSE 35 | A-6020 INNSBRUCK

+43-50504-23105 | LKI.SPORTCLUB@TIROL-KLINIKEN.AT

IBAN: AT10 3600 0000 0054 0369 | BIC: RZTIAT22

ZVR: 589933740



Antrag auf Mitgliedschaft

Sportclub Klinik Innsbruck

Vorname _____ Nachname _____

Titel _____ Geburtsdatum _____

Klinik-/Institutsadresse:

Klinik _____ Abteilung _____

Tel. _____ mail _____

Privatadresse:

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Tel. _____

Hiermit erkläre ich meinen Beitritt zum Sportclub Klinik Innsbruck.

Durch die Bezahlung des Mitgliedsbeitrages (€ 60,-) wird die Mitgliedschaft aktiv und gilt für das jeweils laufende Schuljahr (September - Juni). Durch Einzahlung für das Folgejahr verlängert sich die Mitgliedschaft um ein weiteres Schuljahr.

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

IBAN: AT10 3600 0000 0054 0369, BIC: RZTIAT22

Datum _____ Unterschrift _____

Das ausgefüllte Formular bitte per Hauspost an SPORTCLUB KLINIK oder beim/bei der Übungsleiterin bzw. beim Betriebsrat abgeben.