

# Turnverein 1861 Achern e.V.



Von 0 bis 100  
Ihr Verein für alle Generationen



## Kursanmeldung

### Wirbelsäulengymnastik

Hiermit melde ich mich verbindlich zum Kurs an.

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Tel./Handy. \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Die Kurskosten werden zu Beginn des Kurses per Lastschriftinzug bezahlt.

Der Kurs umfasst 10 x 60 Minuten

Mit der Verarbeitung (Speicherung, Übermittlung, Verarbeitung und der Löschung) meines personenbezogenen Daten-/Bildmaterials für Vereinszwecke nach den rechtlichen Datenschutzbestimmungen bin ich einverstanden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

#### Die Kurskosten sind:

|  |        |
|--|--------|
| Für Mitglieder des Turnvereins pro Kursblock | 40,- € |
| Für Nichtmitglieder pro Kursblock            | 80,- € |

**Die Anmeldung an die Geschäftsstelle zurücksenden.  
Damit sind sie verbindlich angemeldet.**

Bankverbindung: Sparkasse Offenburg/Ortenau (DE 32 6645 0050 0088 0082 66)  
Tel. und Fax 07841/ 27 05 55  
E – Mail: [TVAchern@t-online.de](mailto:TVAchern@t-online.de)  
[www.TV-Achern.de](http://www.TV-Achern.de)

# Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

**Turnverein Achern 1861 e.V.**

Anschrift des Zahlungsempfängers

Straße und Hausnummer:

**Martinstraße 3**

Postleitzahl und Ort:

**77855 Achern**

Gläubiger-Identifikationsnummer:

**DE70ZZZ00000361295**

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

.....

## **Einzugsermächtigung:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichten- den Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

## **SEPA-Lastschriftmandat:**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

## **Zahlungsart:**

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**

.....  
(Name, Vorname)

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

**Straße und Hausnummer:**

.....

**Postleitzahl und Ort:**

.....

**IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):**

DE \_\_\_\_\_

**BIC (8 oder 11 Stellen):**

\_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

**Ort:**

.....

**Datum (TT/MM/JJJJ):**

.....

**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):**

.....