

Turnverein 1861 Achern e.V.



Von 0 bis 100
Ihr Verein für alle Generationen



Kursanmeldung „Babys in Bewegung – Mit allen Sinnen“

Hiermit melde ich mich verbindlich beim Kurs „Babys in Bewegung“ an.

Name _____

Vorname _____

Straße _____

Wohnort _____

Name vom Kind _____

Geb. _____

Tel. _____ email: _____

Die Kurskosten werden bar während des Kurses bezahlt.
STÄRKE-Gutscheine werden angerechnet.

Der Kurs umfasst 10 x 90 Minuten + einen Zusatztermin (z. B. Kennenlerntag,
Ernährungsberatung, Vatertag)

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 betragen :

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

Die Anmeldung bei der Geschäftsstelle oder bei den Übungsleitern abgeben. Damit sind sie verbindlich angemeldet.

Bankverbindung: Sparkasse Offenburg/Ortenau (BLZ 664 500 50) Konto Nr. 88008266
Tel. und Fax 07841/ 27 05 55
E – Mail: TVAchern@t-online.de
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):

.....