

## Kursanmeldung Wirbelsäulengymnastik

Hiermit erkläre ich mich verbindlich zum Kurs an

Anrede  Frau  Herr

Name .....  
(Name und Vorname in Druckschrift)

Vorname .....

Straße .....

Wohnort .....

Telefon .....

E-Mail .....

Der Kurs umfasst 10 Trainingseinheiten (à 60 Min.).

Kursgebühren:

- Mitglieder € 40,00  
 Nichtmitglieder € 80,00

Die Kursgebühren werden zu Beginn des Kurses per Lastschrift einzug bezahlt.

### Datenschutzbestimmungen:

Ich willige ein, dass der Turnverein Achern als verantwortliche Stelle, die in der Kursanmeldung erhobenen personenbezogenen Daten wie Name, Vorname, Adresse, E-Mail-Adresse, Telefonnummer und Bankverbindung zum Zwecke des Vereins nach den rechtlichen Datenschutzbestimmungen verarbeitet und genutzt werden. Ich willige ein, dass der Turnverein Achern meine Daten/Bildaufnahmen für Zwecke der Öffentlichkeitsarbeit, insbesondere für seinen Internet-Auftritt, die Berichterstattung im städtischen gemeindlichen Mitteilungsblatt oder in den Medien der Sportbünde, Sportfachverbände, den örtlichen, regionalen, überregionalen Presseorganen verwendet. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Eine Beitrittserklärung zum TV Achern liegt dieser Anmeldung bei.

Eine Mitgliedschaft im TV Achern ist Bereits vorhanden.

Durch meine Unterschrift erkenne ich die Vereinsatzung sowie die Kursgebühren als verbindlich an. Hinsichtlich des Einzugs meiner Kursgebühren verweise ich auf das SEPA-Lastschriftmandat auf der Rückseite.

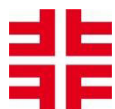
x

x

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

Übungsleiter / in .....



# 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 und Vorname in Druckschrift)

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)**

**Straße und Hausnummer:**

.....

**Postleitzahl und Ort:**

.....

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

DE \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

**Ort:**

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

✘ .....

✘ .....

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

✘

.....