

Anmeldung betreute Gruppe

Der Unterzeichner erklärt für sich bzw. sein minderjähriges Kind den Beitritt in eine betreute Gruppe. Nach Absprache mit dem Trainer ist eine schriftliche Kündigung **4 Wochen vor Quartalsende** möglich. Die Bestimmungen des Datenschutzes werden beachtet. Alle Daten werden nur für Zwecke des Vereins verwendet. Bei der Anmeldung zu einer betreuten Gruppe wird eine **Mitgliedschaft im Verein** vorausgesetzt.

Haben sie bereits ein Kind in unserem Verein?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
---	--------------------------	----------------------------

Anmeldung für folgende Gruppe (wird vom Trainer ausgefüllt):

<input type="radio"/> KMMS _____	<input type="radio"/> Parkour _____	<input type="radio"/> Bambini _____
----------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

Vorname:	Name:	Geburtsdatum:
Straße:	PLZ:	Ort:
Telefon privat:	Telefon mobil:	Telefon Arbeit:
Email:		

Beitragszahlung:

<input type="radio"/> Erstanmeldung quartalsweise 96 €	<input type="radio"/> Erstanmeldung jährlich 370 €	<input type="radio"/> 9 Termine (nur Bambini) 96 €
<input type="radio"/> Geschwisterkind quartalsweise 64 €	<input type="radio"/> Geschwisterkind jährlich 250 €	

SEPA-Lastschrift:

Name und Anschrift des Zahlungsempfängers:

Leben bewegt e.V. Thomas-Mayr-Str. 4 85567 Grafing Deutschland

Zahlungsart:	<input type="radio"/> quartalsweise	<input type="radio"/> jährlich	<input type="radio"/> einmalig (nur Bambini)
--------------	-------------------------------------	--------------------------------	--

Gläubiger ID: DE85ZZZ00000241715	Mandatsreferenz:
----------------------------------	------------------

Ich/Wir ermächtige(n) **Leben bewegt e.V.**

Zahlungen von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise(n) ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von **Leben bewegt e.V.**

auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Kontoinhaber /Zahlungspflichtiger (Vorname, Name, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort):
--

BIC:	IBAN: DE
------	----------

Ort, Datum:	Unterschrift:
-------------	---------------