

Anmeldung betreute Gruppe

Der Unterzeichner erklärt für sich bzw. sein minderjähriges Kind den Beitritt in eine betreute Gruppe. Eine schriftliche Kündigung ist **4 Wochen vor Quartalsende / Jahresende** (bei jährlicher Zahlung) möglich. Die Bestimmungen des Datenschutzes werden beachtet, alle Daten werden nur für Zwecke des Vereins verwendet.

Die gesamte Kommunikation findet über Email statt, sollte eine telefonische Benachrichtigung bei einem Kursausfall erwünscht sein, muss dies schriftlich beantragt werden.

Bei der Anmeldung zu einer betreuten Gruppe wird eine **Mitgliedschaft im Verein** vorausgesetzt.

Anmeldung für folgende Gruppe (wird vom Trainer ausgefüllt):

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

Kursteilnehmer:

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

Beitragszahlung:

<input type="radio"/> Erstanmeldung quartalsweise 99 € (ab 2023 114€)	<input type="radio"/> Erstanmeldung jährlich 380 € (ab 2023 440€)	<input type="radio"/> 10 Termine (nur für Eltern/Kind) 99 €
<input type="radio"/> Geschwisterkind quartalsweise 69 € (ab 2023 79€)	<input type="radio"/> Geschwisterkind jährlich 260 € (ab 2023 300€)	

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 Eltern/Kind)
--------------	-------------------------------------	--------------------------------	---

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:
-------------	---------------