

Eltern/Kind-, Familien Bouldern

Thomas-Mayr-Str. 4 · 85567 Grafing · Telefon 08092 2309188 · info@lebenbewegt-ev.de · www.lebenbewegt-ev.de

Eltern/Kind Bouldern _____

Familien Bouldern _____

Name Antragsteller*in (Bitte leserlich ausfüllen)

Name Partner*in

Vorname

Vorname

Straße, Hausnummer

Geburtsdatum Telefon

PLZ

Ort

E-Mail-Adresse

Geburtsdatum

Telefon

Nachname der Kinder (falls nicht identisch)

E-Mail-Adresse

Eintrittsdatum

1. Kind Vorname

Geburtsdatum

2. Kind Vorname

Geburtsdatum

Preise:

Eltern/Kind Bouldern

99 €

Familien Bouldern

150 €

Bei der Anmeldung wird eine **Mitgliedschaft im Verein** „Leben bewegt e.V.“ **aller Teilnehmenden** vorausgesetzt.

Der Kurs geht über 10 Termine, ein verpasster Termin kann nicht nachgeholt werden.

Es gilt unsere Beitragsordnung (<https://lebenbewegt-ev.de/beitragsordnung/>).

Die Bestimmungen des Datenschutzes werden beachtet, alle Daten werden nur für Zwecke des Vereins verwendet.

Der Unterzeichner erklärt für sich und sein Kind die Teilnahme an dem angegebenen Kurs.

Unterschreibt ein Elternteil allein, erklärt er mit seiner Unterschrift zugleich, dass ihm das Sorgerecht allein zusteht.

Ort, Datum

Unterschrift

Unterschrift Partner*in

Einzugsermächtigung/SEPA-Lastschriftverfahren (Gläubiger ID: Leben bewegt e.V. DE85ZZZ00000241715)

Ich/Wir ermächtige/n Leben bewegt e.V. von meinem/unserem Konto mittels Lastschrift alle fälligen Beträge und Forderungen für o. g. Person(en) einzuziehen. Zugleich weise/n ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die von Leben bewegt e.V. auf mein/unser Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Die Mitgliedsbeiträge werden immer zum Jahresende für das Folgejahr abgebucht. Hinweis zum Widerspruch: Ich/Wir kann/können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditunternehmen vereinbarten Bedingungen. Die aus der Beitragsordnung resultierenden Zahlungsverpflichtungen bleiben auch bei Widerspruch unverändert bestehen. Bei Nichteinlösung entstehende Bankspesen gehen zu meinen/unseren Lasten.

Kontoinhaber*in

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber*in