

# Anmeldung

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

Kindergeburtstag am:

12:30-14:30 Uhr

15:00-17:00 Uhr

Anzahl der Kinder:

Name Antragsteller\*in (Bitte leserlich ausfüllen)

Vorname

Straße, Hausnummer

Name des Geburtstagskindes

PLZ

Ort

Vorname

Geburtsdatum

Telefon

Geburtsdatum

**Konditionen/ Preise:**

bis 6 Kinder	<b>150€</b>
Jedes weitere Kind	<b>25€</b>
Max. 14 Kinder	
Ab 9 Kindern 2. Trainer	

E-Mail-Adresse

Folgende Zeiten sind nach Absprache buchbar: Sa/So 12:30-14:30 Uhr oder 15:00-17:00Uhr.

**Ein Einverständnis der Eltern aller teilnehmenden Kinder ist bei Kursbeginn separat abzugeben.**

Bei einer Stornierung, die weniger als 7 Tage vor dem Termin erfolgt, wird eine Gebühr von 50% des Gesamtbetrags erhoben.

Bei einer Stornierung, die bis zu 2 Tage vor dem Termin erfolgt, fallen 100% Stornogebühren an.

In berechtigten Einzelfällen kann von einer Stornogebühr abgesehen werden.

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

Ort, Datum

Unterschrift 1. Elternteil

Unterschrift 2. Elternteil

**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 Gruppenbeiträge werden, je nach Abbuchungswahl oben, quartalsweise oder jährlich 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

IBAN

Ort, Datum

Kreditinstitut

BIC

Unterschrift Kontoinhaber\*in