

# Anmeldung zur betreuten Gruppe (KMMS, PMMS)

Thomas-Mayr-Str. 4 · 85567 Grafing · Telefon 08092 2309188 · [info@lebenbewegt-ev.de](mailto:info@lebenbewegt-ev.de) · [www.lebenbewegt-ev.de](http://www.lebenbewegt-ev.de)

KMMS \_\_\_\_\_ (wird vom Trainer ausgefüllt)

PMMS \_\_\_\_\_ (wird vom Trainer ausgefüllt)

Name Antragsteller\*in (Bitte leserlich ausfüllen)

Name des Kindes

Vorname

Vorname

Straße, Hausnummer

Geburtsdatum

PLZ

Ort

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail-Adresse

Erstanmeldung quartalsweise 114 €

Geschwisterkind quartalsweise \* 79 €

\* eine Beitragsanpassung auf Erstanmeldung erfolgt, sobald die Teilnahme des Geschwisterkindes gekündigt wird.

Bei der Anmeldung zu einer betreuten Gruppe wird eine **Mitgliedschaft im Verein** „Leben bewegt e.V.“ vorausgesetzt.

Es gilt unsere Beitragsordnung (<https://lebenbewegt-ev.de/beitragsordnung/>). Eine schriftliche Kündigung ist **4 Wochen vor Quartalsende** möglich.

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

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

Der Unterzeichner erklärt für sich, bzw. sein minderjähriges Kind den Beitritt in eine betreute Gruppe.

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

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber\*in