



Kursteilnahme Minderjährige

Name: _____
Vorname: _____ Geburtsdatum: _____
Straße, Hausnummer: _____
PLZ, Ort: _____
E-Mail: _____
Telefon: _____
gesetzlicher Vertreter
Name, Vorname: _____
Anschrift: _____
E-Mail/Telefon: _____

Die Kursgebühr für die Teilnahme am Rehasport für 1 bis 2x / Woche beträgt 35€ / Monat.

Die Vertragslaufzeit beträgt einen Monat und wird automatisch monatlich verlängert, solange nicht mit einer Frist von einem Monat gekündigt wird. Voraussetzung ist die Mitgliedschaft im Verein.

Die Kursgebühr wird monatlich per Lastschrift eingezogen (*bitte nachfolgendes SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen*).

SEPA – Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer des Vereins: DE34ZZZ00002252085

Ich ermächtige den Verein Ahrtaler Reha-Sport-Zentrum e.V., Zahlungen wiederkehrend von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Verein auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kontoinhaber/in: _____ Bankinstitut: _____
IBAN: _____ BIC: _____

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber/in

- Ich habe die AGBs zur Kenntnis genommen und stimme diesen zu. *
- Die Informationen zur Datenerhebung und -verarbeitung gemäß Art. 13, 14 DSGVO habe ich gelesen und erkläre mich einverstanden. *
- Ich möchte zu Informations- und Werbezwecken durch den Ahrtaler Reha-Sport-Zentrum e.V. per Mail/Telefon benachrichtigt werden.

**Pflichtangabe*

Ort, Datum

Unterschrift