

ERC Westfalen Kunstlauf e.V., Strobelallee 32, 44139 Dortmund
Mail: info@erc-westfalen-kunstlauf.de

Anmeldung zum Balletttraining für Vereinsmitglieder (Erwachsene)

Hiermit melde ich

Name, Vorname _____

Anschrift: _____

mich beginnend mit dem

01.09.20__

01.02.20__

ERCW Mitglied (für 5 Monate: 120,00 €;)

TSC Mitglied (für 5 Monate: 150,00 €;)

zum Balletttraining des ERC Westfalen Kunstlauf e.V. an.

Die nachstehenden Bedingungen werden von mir akzeptiert:

1. Beitrag

Der Beitrag beträgt für je 5 Monate (01.09. bis 31.01. bzw. 01.02. bis 30.06.) 120,00 €; für TSC-Mitglieder 150,00 €. Der Beitrag ist im Lastschriftzugsverfahren im Voraus zu zahlen.

2. Trainingsumfang

Das Training findet einmal wöchentlich für die Dauer von 50 Minuten statt. An Feiertagen entfällt das Training ersatzlos. Der ERCW behält sich vor, einzelne Trainingsstunden bei Erkrankung des Trainers oder sonstigen wichtigen Gründen ersatzlos abzusagen. Ein Anspruch auf (anteilige) Beitragserstattung besteht nicht. Die Nichtteilnahme an dem Training trotz Anmeldung entbindet nicht von der Beitragszahlung. Eine Teilnahme ist nur bei verbindlicher vorheriger Anmeldung möglich.

3. Kündigung

Eine Kündigung ist ohne Angabe von Gründen bis zum 15.01.2025 mit Wirkung zum 31.01.2025 möglich. Ohne Kündigung endet die Vereinbarung spätestens zum jeweiligen Saisonende (30.06.).

4. Datenschutz

Die erhobenen Daten werden ausschließlich für die Durchführung und Organisation des Trockentrainings genutzt. Die jeweils geltenden Datenschutzbestimmungen werden eingehalten.

Dortmund, den _____

Unterschrift

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen den ERC Westfalen Kunstlauf e.V. widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Beitragszahlungen für Balletttraining bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den ERC Westfalen Kunstlauf e.V., Beitragszahlungen für Balletttraining von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

IBAN des Zahlungspflichtigen:

DE_____

Dortmund, den _____

Unterschrift Zahlungspflichtiger/Kontoinhaber