

Mitgliedsvertrag

Schwimmen für Fortgeschrittene



PERSÖNLICHE DATEN

MITGLIED

Vorname	Nachname	Geburtsdatum	
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
E-Mail	Telefon/Mobil		

Erziehungsberechtigte/r *(bei Minderjährigen)*

Vorname	Nachname		
Straße	Hausnummer	PLZ	Ort
E-Mail	Telefon/Mobil		

VERTRAGSDATEN

Vereinsmitgliedschaft *(12 Monate Laufzeit)*

- Voraussetzung für die Kursteilnahme, sofern noch nicht bereits Mitglied -

- | | | |
|--------------------------|---------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | Erwachsene | 75,00 EUR / Jahr |
| <input type="checkbox"/> | Minderjährige | 50,00 EUR / Jahr |

Kursmitgliedschaft *(1 Monat Laufzeit)*

- | | | |
|--------------------------|--------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 Kurs/Woche | 45,00 EUR / Monat |
|--------------------------|--------------|-------------------|

ab dem 2. angemeldeten Kind (10% Familienrabatt):

- | | | |
|--------------------------|--------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | 1 Kurs/Woche | 40,00 EUR / Monat |
|--------------------------|--------------|-------------------|

Startdatum:

Ahrtaler Reha-Sport-Zentrum e.V.

Peter-Jansen-Straße 16 | 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler | 02641 – 90 33 702 | 01573 – 79 58 561
Bankverbindung: Kreissparkasse Ahrweiler | IBAN: DE93 5775 1310 1000 4860 58 | BIC: MALADE51AHR
Vereinsregister: 21672 | Registergericht: Amtsgericht Koblenz
info@arsz.de | www.arsz.de

Mitgliedsvertrag

Schwimmen für Fortgeschrittene



ZAHLUNGSWEISE

Die Vereinsmitgliedschaft ist jährlich fällig, die Kursmitgliedschaft monatlich.

- Lastschrift (*bitte untenstehendes SEPA-Lastschriftmandat ausfüllen*)
- Überweisung/Dauerauftrag

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Ich ermächtige den Ahrtaler Reha-Sport-Zentrum e.V., Zahlungen von meinem Konto unter Angabe der Gläubiger ID-Nr. DE34ZZZ00002252085 mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Ahrtaler Reha-Sport-Zentrum e.V. auf meinem 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.

Nachname, Vorname (Kontoinhaber/in)

IBAN

Kreditinstitut

BIC

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber/in

Ich versichere mit meiner Unterschrift, dass keine gesundheitlichen Bedenken des Mitglieds der Kursteilnahme entgegenstehen und die Teilnahme am Unterricht auf eigenes Risiko erfolgt.

Sonstige gesundheitliche Bemerkungen (Allergien etc.):

- AGB, Datenschutzerklärung und Widerrufsbelehrung*
Ich habe die AGB, Datenschutzinformationen sowie Widerrufsbelehrung gelesen und stimme diesen zu.
- Newsletter
Ich möchte gerne über Neuigkeiten via Mail informiert werden.

*Pflichtfeld

Ort, Datum

Unterschrift Mitglied

ggfs.

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Ahrtaler Reha-Sport-Zentrum e.V.

Peter-Jansen-Straße 16 | 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler | 02641 – 90 33 702 | 01573 – 79 58 561
Bankverbindung: Kreissparkasse Ahrweiler | IBAN: DE93 5775 1310 1000 4860 58 | BIC: MALADE51AHR
Vereinsregister: 21672 | Registergericht: Amtsgericht Koblenz
info@arsz.de | www.arsz.de