



Anmeldung zum Kursprogramm



Name _____

Vorname _____

PLZ/Wohnort _____

Straße _____

Tag/Uhrzeit des Kurses _____

Gewählter Kurs _____

Telefonnummer _____

Hiermit erkenne ich die Satzung des Gesamtvereins und des gewählten Kurses (sofern vorhanden) sowie die derzeit gültige Beitragsordnung (siehe unten) des Kursprogramms des TuS Ende in vollem Umfang an. **Die Anmeldung gilt nur für den o. g. Kurszeitraum und wird gegenstandslos, sollte der Kurs nicht zustande kommen oder die maximale Teilnehmerzahl bereits erreicht sein. Ein Probetraining ist nur bei einem laufenden Kurs im vorhergehenden Quartal nach Absprache möglich.**

_____ Datum

_____ Eigenhändige Unterschrift
(Bei Minderjährigen der Erziehungsberechtigten)

- Ich bin bereits Mitglied im TuS Ende Ich möchte Mitglied im TuS Ende werden¹
 Ich möchte nur am Kurs teilnehmen und nicht Mitglied im TuS Ende werden
 Ich habe bereits an vorhergehenden Kursen teilgenommen

Bitte füllen Sie unbedingt auch die zweite Seite der Anmeldung aus!

Kursgebühren

Kurs	Dauer	Teilnehmer Min	Teilnehmer Max	Kursgebühr Mitglieder	Kursgebühr Nichtmitglieder
Yoga	12 Einheiten	8	12	55,00 €	80,00 €

Es besteht ggf. die Möglichkeit der finanziellen Förderung durch Ihre Krankenkasse. Bitte informieren Sie sich dort oder bei der Kursleitung – unsere Geschäftsstelle kann an dieser Stelle keine Auskunft erteilen.

¹ Es entstehen monatliche Kosten zzgl. einmaliger Aufnahmegebühr gem. gültiger Beitragsordnung.



Kursanmeldung

Teil 2



SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name: TuS Ende e. V.	
Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address:	
Straße und Hausnummer / Street name and number: Kirchender Dorfweg 12	Land / Country: Deutschland
Postleitzahl und Ort / Postal code and city: 58313 Herdecke	
Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier: DE25TUS00000254144	
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):	

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen 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 Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorize (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment: <input checked="" type="checkbox"/> Einmalige Zahlung / One-time payment	
Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:	
Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address:	
Straße und Hausnummer / Street name and number:	Land / Country:
Postleitzahl und Ort / Postal code and city:	
IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):	
BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):	
Ort / Location:	Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):
Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:	

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann / können.
Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.