

Verbindliche Anmeldung zur Mitgliederversammlung und zum 11. Skoliosetag und zum Jugendtag 2019 des Bundesverbandes Skoliose-Selbsthilfe e. V.

(bitte deutlich schreiben)

Teilnehmer 1 (für die Anmeldung aller unten genannten Teilnehmer verantwortlich)

Teilnehmer 1, Name	Vorname	Geburtsdatum
--------------------	---------	--------------

Anschrift	Telefon
-----------	---------

Teilnehmer 2, Name	Vorname	Geburtsdatum
--------------------	---------	--------------

Anschrift	Telefon
-----------	---------

Teilnehmer 3, Name	Vorname	Geburtsdatum
--------------------	---------	--------------

Anschrift	Telefon
-----------	---------

	Teilnehmer		
(nicht Benötigtes frei lassen)	1	2	3
Mitglied im Bundesverband	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>

Freitag, 20. September 2019	1	2	3
Abendessen EUR 27,50	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitgliederversammlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übernachtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EZ-Wunsch (Standard = DZ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkung: _____

Samstag, 21. September 2019	1	2	3
Skoliosetag, Mittagessen inkl.	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Jugendtag, Mittagessen inkl.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abendessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übernachtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EZ-Wunsch (Standard = DZ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkung: _____

Datum, Unterschrift (bei Jugendlichen unter 18 Jahren zusätzlich die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)

Hiermit melde ich mich und die von mir benannten Teilnehmer verbindlich an. Mit meiner Unterschrift stimme ich der Speicherung meiner in dem Formular angegebenen Daten zum Zwecke der Durchführung zu und erlaube die Weitergabe der Daten (Vor- und Nachname, Wohnort) an die Techniker Krankenkasse sowie an das Seminaris Hotel Lüneburg. Ich versichere, dass dies auch für die von mir benannten weiteren Teilnehmer gilt.

Achtung: Bitte überweisen Sie Eigenanteile erst nach Erhalt der Anmeldebestätigung. Es gilt die Reihenfolge der Anmeldungen. Sollten für die Übernachtung mehr als insgesamt 130 Anmeldungen eingehen, erfolgt eine schriftliche Benachrichtigung. Die Hotelreservierung muss dann von den Teilnehmern selbstständig übernommen werden.

Einzugsermächtigung (auf freiwilliger Basis)

Ich ermächtige den Bundesverband Skoliose-Selbsthilfe e. V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen von meinem Konto einzuziehen. Reisekosten für das Rahmenprogramm sowie der Eigenanteil werden aus buchhalterischen Gründen voneinander getrennt eingezogen. Der Einzug erfolgt am 16. August 2019.

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE79ZZZ00000995416

Mandatsreferenz: WIRD SEPARAT MITGETEILT

Ich ermächtige den Bundesverband Skoliose-Selbsthilfe e. V. widerruflich, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Bundesverband Skoliose-Selbsthilfe e. V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

(bitte deutlich schreiben)

Kontoinhaber (Name, Vorname)

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Wohnort

Geldinstitut:

BIC (Bank Identifier Code):

_____/____

IBAN (International Bank Account Number):

DE ____/____/____/____/____/____

Ort, Datum, Unterschrift