



Aufnahmeantrag Erwachsene – SCHNUPPERGRUPPEN ab 11/2019

Name: **Vorname:**

Anschrift:

Telefon: **Geburtsdatum:**

E-Mail:

Beruf:

Ich beantrage die Aufnahme in das Tanzsportzentrum GRÜN-GOLD CASINO e.V. Wuppertal zum jeweiligen Beginn der ersten Unterrichtseinheit (= 1. Termin) der Einsteiger-Schnuppergruppe als

aktives Mitglied Schnuppergruppe (= nur Teilnahme an einer angebotenen Schnuppergruppe)

Ich möchte an **folgender Schnuppergruppe** teilnehmen (bitte Zutreffendes ankreuzen):

- **Einsteiger Dicofox** ()
- **Einsteiger Let's Dance** ()
- **Einsteiger Gesellschaftskreis** ()

Aktuell gültige Beiträge ab 01.11.2019 für aktive Mitglieder in einer der oben genannten Schnuppergruppen

- **€ 80,00** als **Sonder-Mitgliedsbeitrag** pro Person für 10 Wochen (= 10 Termine / Dauer der Einsteiger-Schnuppergruppe). Die Mitgliedschaft endet automatisch nach Ablauf von 10 Wochen.
- **€ 60,00** als **ermäßigter Sonder-Mitgliedsbeitrag** pro Person für 10 Wochen (= 10 Termine / Dauer der Einsteiger-Schnuppergruppe) **gültig für** für Minderjährige, Schüler, Auszubildende, Studenten, Zivildienstleistende **bis 25 Jahre nach Vorlage eines gültigen Nachweises**. Die Mitgliedschaft endet automatisch nach Ablauf von 10 Wochen.

Der jeweilige Sonder-Mitgliedsbeitrag wird mit Teilnahme an der 1. Unterrichtseinheit zur Zahlung als Gesamtbetrag fällig und wird per Sepa-Lastschriftmandat durch den Verein von der unten stehenden Kontoverbindung eingezogen. Im weiteren gelten die Bedingungen der aktuellen Beitragsordnung.

Mit der Unterschrift bestätige ich gleichzeitig, im Club ausgehängte Satzung, Beitragsordnung und Datenschutzrichtlinie gemäß DSGVO zur Kenntnis genommen zu haben.

Datum: **Unterschrift:**

Sepa-Lastschriftmandat

Name des Zahlungsempfängers (A): GRÜN-GOLD CASINO e.V. Wuppertal

Anschrift: Nützenberger Str. 297, 42115 Wuppertal, Deutschland

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE39ZZZ00000206750

Mandatsreferenz: wird im Begrüßungsschreiben mitgeteilt

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger „**automatisierter Name Zahlungsempf. von oben**“ Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger „**automatisierter Name Zahlungsempf. von 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.

Zahlungsart: Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

IBAN des Zahlungspflichtigen (max 35 Stellen):

BIC (8 oder 11 Stellen): **Name Kreditinstitut** (B):

Ort: **Datum** (TT/MM/JJJJ): **Unterschrift Kontoinhaber:**