

Nutzungsvereinbarung

KURSE

TSG 1881 Sprockhövel e.V.



Ich möchte aus dem Angebot des **GuFiT**, des Gesundheits- und FitnessTreffs, Kurs/Kurse der TSG nutzen. Ich werde für die Laufzeit des Kurses TSG-Mitglied und erkenne die Satzung der TSG an. Der Abteilungs- und Nutzungsbeitrag richtet sich nach der jeweils gültigen Beitragsordnung. Die TSG-Satzung, die Beitragsordnung und die Nutzungsbedingungen liegen in der Geschäftsstelle zur Einsichtnahme aus und sind im Internet unter www.tsg-sprockhoevel.de zum Download freigegeben.

Vorname: _____ Name: _____

Geb. Datum _____ Telefon/Email: _____

Anschrift: _____

Ich bin bereits Mitglied der TSG Sprockhövel

Ich **bin kein** Mitglied der TSG Sprockhövel; dann anteiliger Mitgliedsbeitrag (siehe unten)

Kursangebot:

Kurs: _____ Start: _____

Kurs: _____ Start: _____

Kurse haben eine feste Laufzeit oder sind fortlaufend. Bei fortlaufenden Kursen muss der Kursteilnehmer/in den Kurs kündigen und dies der Geschäftsstelle schriftlich mitteilen. Bei festen Kurslaufzeiten endet die Zahlungsverpflichtung mit dem Ende des Kurses. Zu der Kursgebühr kommt anteilig zu jedem Quartal ein TSG-Grundbeitrag: **Erwachsene** zahlen für 3 Monate **15,00 Euro**, **Kinder 10,00 Euro**. Kurse haben in der Regel eine Laufzeit von 3 Monaten d.h. ein Quartal. Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich sportgesund bin. Sollten gesundheitliche Einschränkungen vorliegen, dann informiere ich die Übungsleiter / Geschäftsstelle darüber. Sobald sich Änderungen in meiner Gesundheit ergeben, muss ich die Geschäftsstelle bzw. Übungsleiter darüber informieren. Der / die Erziehungsberechtigte erklärt sich mit seiner / ihrer Unterschrift mit diesen Regelungen einverstanden. *Bitte kopieren Sie diese Anmeldung für Ihre Unterlagen.*

Ort, Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen von einem Erziehungsberechtigten)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich **ermächte** die TSG 1881 Sprockhövel e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der TSG 1881 Sprockhövel e.V. **GuFiT** auf mein Konto gezogene Lastschriften 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.

Name und Sitz der Bank: _____

IBAN.: _____ BIC: _____

Konto-Inhaber: _____

Ort, Datum

Unterschrift