

TiFF e. V.
Altenberger Str. 17
48329 Havixbeck
info@tiff-havixbeck.de
www.tiff-havixbeck.de
Tel.: 02507 / 987434



Kursteilnahme

Name, Vorname (Hauptmitglied)

Geb. am

Formular **1.1**

Mitglieds-Nr.

Datum

Der Teilnahmeantrag dient der Erfassung persönlicher Kontaktdaten, die für die Teilnahme an einem Kurs erforderlich sind. Zudem wahlweise den Lastschriftinzug des Kursbeitrages (siehe Rückseite).

Persönliche Daten

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Geschlecht männlich weiblich

Straße

Ich bin
 Teilnehmer
 Erziehungsberechtigter

PLZ

Ort

Wenn oben Erziehungsberechtigter, dann...

Nachname des Kindes

Vorname des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

Kommunikation

Telefon

Mobil

E-Mail

Interesse

Teilnahme an
 Eltern-Kind-Angebot
 Gitarrenkreis
 Tanzgruppe
 Fitnesskurs
 Sonstiges
↓
.....

Kursname

Wie sind Sie auf das TiFF aufmerksam geworden? *

Aus welchem Grund interessieren Sie sich für die Teilnahme an einem Kurs im TiFF? *

TiFF e. V.
Altenberger Str. 17
48329 Havixbeck
info@tiff-havixbeck.de
www.tiff-havixbeck.de
Tel.: 02507 / 987434



Kursteilnahme

Name, Vorname (Hauptmitglied)	
Geb. am	Formular 1.1
Mitglieds-Nr.	Datum

Kursbeitrag

Die Kursbeiträge können in den einzelnen Gruppen variieren, belaufen sich aber grundsätzlich auf 6€ pro Kursteilnehmer und 5€ für Vereinsmitglieder. Die Vereinsmitgliedschaft kostet 20€ im Jahr und kann im TiFF beantragt werden. Die genauen Kursbeiträge für den jeweiligen Kurs können unter der Homepage eingesehen oder persönlich unter den oben genannten Kontaktdaten erfragt werden

Der TiFF e.V. ist ein gemeinnütziger Verein und steht dafür jedem die Teilnahme an den Kursen zu ermöglichen. Somit ist uns wichtig, dass wenn es finanzielle Gründe hat nicht an einem Kurs teilnehmen zu können, uns zu kontaktieren und mit uns eine Lösung zu finden.

Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

Gläubiger -ID: DE47ZZZ00001188828

Hiermit ermächtige ich den TiFF e. V., die laufenden Kursbeiträge von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom TiFF e. V. auf mein Konto gezogenen 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.

Kontoinhaber	IBAN DE ___/___/___/___/___/___
Kreditinstitut	BIC
Ort, Datum	Unterschrift

Ich möchte ausschließlich Bar zahlen. (Hiermit erübrigt sich die Angaben der Kontodaten)