

# Anmeldeformular



Bitte senden Sie das Anmeldeformular mit den für die Zulassung geforderten Unterlagen / Nachweisen direkt an den DGV.

<b>Anmeldung: Trainerausbildung des DGV 2020 / 2021</b>	
Lehrg.-titel: <b>A-Trainerausbildung, Profil „Leistungssport“</b> Lehrg.-Nr.: <b>AT20003</b>	
Lehrgangsgebühren: € 1.500,00 (Für Mitarbeiter und Ehrenamtliche gemeinnütziger Golfclubs) € 1.650,00 (Für alle anderen Teilnehmer)	
Veranstalter: <b>DGV</b>	Ausbildungsorte: <b>Trainerakademie Köln, Kölner GC / Sportschule Oberhaching, TU München / OSP Rhein-Neckar Heidelberg, GC St. Leon-Rot</b>
Name:	Vorname:
Straße:	PLZ Ort:
Telefon:	Telefax:
E-Mail:	Geb.-datum:
Golfclub/Golfanlage:	Amateur <input type="radio"/> Pro <input type="radio"/>
DGV-Ausweis-Nr.:	Vorgabe (gem.Vorgabenstammblatt):
Funktion im Golfclub/Golfanlage:	

Die Anmeldung ist mit Eingang bei dem jeweils zuständigen Veranstalter verbindlich. Die Teilnahmegebühren sind der jeweiligen Lehrgangsausschreibung zu entnehmen. Die Gebühren beinhalten die in der Ausschreibung aufgeführten Leistungen (**bei DGV-Veranstaltungen ist die Übernachtung über den Lehrgangszeitraum grundsätzlich in den Lehrgangsgebühren inkludiert. Falls keine Übernachtung gewünscht, bitte kurze Info !**) Bei allen Lehrgangsterminen und -orten bleiben Änderungen vorbehalten.

Ich erkenne die Teilnahmebedingungen für Trainerlehrgänge des DGV an. Die Lehrgangsgebühr wird per Lastschrift oder Verrechnungsscheck erhoben (bei DGV-Veranstaltungen ausschließlich Lastschriftverfahren!).

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

**Deutscher Golf Verband e. V., Kreuzberger Ring 64, 65205 Wiesbaden**  
(Gläubiger-Identifikationsnummer DE89ZZZ0000041047)

## SEPA Lastschriftmandat

**Mandatsreferenz: WIRD SEPARAT MITGETEILT**

Ich ermächtige den Deutschen Golf Verband e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Deutschen Golf Verband e.V. auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. **LEHRGANGSGEBÜHR IN HÖHE VON € \_\_\_\_\_**  
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.

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Postleitzahl und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut (Name)

DE \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift