

Anmeldeformular



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

Anmeldung: Trainerausbildung des DGV 2024 / 2025	
Lehrg.-titel: A-Trainerausbildung, Profil „Leistungssport“ Lehrg.-Nr.: AT24008 (Online- und Präsenzmodule)	
Lehrgangsgebühren: € 1.740,00 (Für Mitarbeiter und Ehrenamtliche gemeinnütziger Golfclubs) € 1.950,00 (Für alle anderen Teilnehmer)	
Veranstalter: DGV	Ausbildungsorte: Trainerakademie Köln, Kölner GC / Sportschule Oberhaching, TU München / OSP Rhein-Neckar Heidelberg, GC St. Leon-Rot
Name:	Vorname:
Straße:	PLZ Ort:
Telefon:	Telefax:
E-Mail:	Geb.-datum:
Golfclub/Golfanlage:	Amateur <input type="radio"/> Pro <input type="radio"/>
DGV-Ausweis-Nr.:	Handicap-Index (HCPI):
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 DE89ZZZ00000041047)		
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	