



# Anmeldeformular

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

<b>Anmeldung: Trainerfortbildung 2025</b>	
<b>Lehrg.-titel:</b> "Spielerisch fit – Athletik und Koordination im Kinder- und Jugendgolf" <b>Lehrg.-Nr.:</b> BT25018	
<b>Lehrgangstermin/-ort:</b> 28.10.2025 (Online von 17.30 - ca. 20.00 Uhr) / 01.11.2025 Praxis im Sporthotel Grünberg	
<b>Lehrgangsgebühren:</b> 210,00 Euro (Für Mitarbeiter und Ehrenamtliche gemeinnütziger Golfclubs) / 230,00 Euro (Für alle anderen Teilnehmer) / - Online-Anmeldungen über den DGV-Seminarplaner sind jeweils um € 20,- reduziert -	
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 beim DGV 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 **SEPA-Lastschriftverfahren** eingezogen.

\_\_\_\_\_, 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