



OPEN.9 JUGENDTRAINING 2023

Aktuelle Adresse (Bitte alle Felder ausfüllen)

Name, Vorname: _____
Anschrift: _____
Rechnungsanschrift der Eltern: _____
Geburtsdatum: _____
Mobilnummer (Eltern): _____
E-Mail-Adresse: _____

Termine

An welchem Tag kannst Du trainieren? Bitte kreuze einen möglichen Trainingstag an:

- | | | |
|---|-------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Montag | 17.00 – 18.30 Uhr | mit Yannick & Wolfgang |
| <input type="checkbox"/> Mittwoch | 17.00 – 18.30 Uhr | mit Steven & Wolfgang |
| <input type="checkbox"/> Freitag | 18.00 – 19.30 Uhr | mit Wolfgang |
| <input type="checkbox"/> Samstag Gruppe 1 | 09.30 – 11.00 Uhr | mit Steven & Wolfgang |
| <input type="checkbox"/> Samstag Gruppe 2 | 12.00 – 13.30 Uhr | mit Yannick & Wolfgang |

Du möchtest an mehreren Tagen trainieren? Bitte kreuze deine zusätzliche Wunschtrainingstage an.

Mein aktueller Stand

- Einsteiger (Ich habe Golf bisher hin und wieder ausprobiert)
 DGV Golfabzeichen in Bronze
 DGV Golfabzeichen in Silber
 DGV Golfabzeichen in Gold
Hcp.: _____

Ich habe Interesse an...

- ...dem DGV Kindergolfabzeichen in Bronze, Silber, Gold (bis 13 Jahre)
 ...der DGV Platzreife Hcp 54 und besser (ab 14 Jahre)
 ...mein Handicap zu verbessern
 ...Jugendturnieren
 ...OPEN.9 Jugend Mannschaft
 ...Einzeltraining

Hast Du Wünsche für das Jugendtraining?

Verbindliche Anmeldung

Hiermit melde ich mein Kind für folgendes Training an:

- | | | | |
|---|---------|--|---------|
| <input type="checkbox"/> Jugendtraining OPEN.9er | 359 EUR | <input type="checkbox"/> Jugendtraining Gast | 429 EUR |
| <input type="checkbox"/> Jedes zusätzliche Training | 150 EUR | | |



OPEN.9
GOLF AKADEMIE

Zurück an
OPEN.9 Golf Eichenried GmbH & Co.KG
Schönstr. 45
85452 Eichenried
Fax: 08123-98928-29
E-Mail: <mailto:info@open9.de>

OPEN.9 Golf Eichenried GmbH & Co. KG

Gläubiger-Identifikationsnummer DE78ZZZ00000559516

Mandatsreferenz: separat mitgeteilt (bei Rechnungsstellung)

SEPA-Lastschriftmandat

SEPA Basis-Lastschrift

Ich ermächtige die OPEN.9 Golf Eichenried GmbH & Co. KG, Zahlungen meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der OPEN.9 Golf Eichenried GmbH & Co. KG 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. Die Lastschriften werden ohne weitere Benachrichtigung 7 Tage nach Rechnungsausstellung eingezogen.

Im Falle einer Rücklastschrift wird das Kundenkonto mit 5 EUR Gebühren belastet.

Vorname und Name (Kontoinhaber) _____

Straße und Hausnummer _____

Postleitzahl und Ort _____

Kreditinstitut _____

IBAN: DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____ BIC: _____

Datum _____ Ort _____

Unterschrift _____

Nur falls Kontoinhaber nicht Vertragspartner:

Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für den Vertrag mit (Name, Vorname) _____

Ihre persönlichen Daten werden von OPEN.9 Golf Eichenried GmbH & Co. KG gespeichert und vertraulich behandelt.

OPEN.9 Golf Eichenried GmbH & Co. KG, Schönstraße 45, 85452 Eichenried, Tel: 08123.98928-0, Fax: 08123-98928-29, Sitz der Gesellschaft: Schönstraße 45, 85452 Eichenried, Amtsgericht München HRA91696, Komplementärin: Open Golf Eichenried GmbH, München HRB 171186, Geschäftsführung: Dipl.Kfvr. Daniela Schön-Horder, Dipl.Ing., Dipl.Wi.Ing. Manfred Heitele, Bankverbindung: Kreissparkasse Erding, BLZ 700 519 95, Konto 20104295, IBAN: DE52700519950020104295, BIC: BYLADEM1ERD, Steuer-Nr. 114/171/51909, USt.-ID Nr.: DE260526624, www.open9.de, info@open9.de, www.facebook.com/open9eichenried



ELTERNERKLÄRUNG

Liebe Eltern,
um Ihren Sohn/Ihre Tochter optimal betreuen und auch im Notfall reagieren zu können,
bitten wir Sie um nachfolgende Angaben, die selbstverständlich vertraulich behandelt werden.

Vor- und Zuname des Sohnes/der Tochter:	<hr/> <hr/>
Geburtsdatum:	<hr/> <hr/>
Name und Anschrift der Eltern:	<hr/> <hr/> <hr/>
Telefon/Handy: Erreichbarkeit während der Abwesenheit des Sohnes/der Tochter!	<hr/> <hr/> <hr/>
Vor- und Zuname des Versicherten:	<hr/> <hr/>
Haftpflichtversicherung:	<hr/> <hr/>
Krankenversicherung:	<hr/> <hr/>
Leidet Ihr Sohn/Ihre Tochter an Allergie, Asthma o.ä., was wir wissen sollten?	<hr/> <hr/>
Muss Ihr Sohn/Ihre Tochter regelmäßig Tabletten einnehmen?	<hr/> <hr/>

Betreuer und Leiter der OPEN.9 Golf Eichenried GmbH & Co. KG haften nicht für ordnungswidriges Verhalten und unerlaubte Einzelaktionen meines Sohnes/meiner Tochter.
In schwerwiegenden Fällen muss mein Sohn/meine Tochter auf eigene Kosten vom Veranstaltungsort abgeholt werden.

Wir willigen ein, dass mein Sohn/meine Tochter am Jugendprogramm teilnehmen darf.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten