

## Anmeldung

Hiermit melde ich mich für folgenden Kurs an:  
(Bitte gewünschten Kurs ankreuzen!)

<input type="checkbox"/> F17-05	<input type="checkbox"/> J17-05	<input type="checkbox"/> Y17-05
<input type="checkbox"/> F17-06	<input type="checkbox"/> J17-06	<input type="checkbox"/> Y17-06
<input type="checkbox"/> F17-07	<input type="checkbox"/> J17-07	<input type="checkbox"/> Y17-07
<input type="checkbox"/> P17-03	<input type="checkbox"/> J17-08	<input type="checkbox"/> Y17-08
<input type="checkbox"/> P17-04	<input type="checkbox"/> J17-09	<input type="checkbox"/> BF17-02
<input type="checkbox"/> Q17-03	<input type="checkbox"/> CW17-02	<input type="checkbox"/> BF17-03
<input type="checkbox"/> Q17-04	<input type="checkbox"/> CW17-03	<input type="checkbox"/> L17-01

Name, Vorname	
Straße Nr.	
PLZ Wohnort	
Telefon	SC DJK-Mitglied <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
E-Mail	

### SEPA-Lastschriftmandat besteht schon!

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger SC DJK Everswinkel e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger SC DJK Everswinkel 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 die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN:
Bank
Datum, Unterschrift

## Anmeldung

Hiermit melde ich mich für folgenden Kurs an:  
(Bitte gewünschten Kurs ankreuzen!)

<input type="checkbox"/> F17-05	<input type="checkbox"/> J17-05	<input type="checkbox"/> Y17-05
<input type="checkbox"/> F17-06	<input type="checkbox"/> J17-06	<input type="checkbox"/> Y17-06
<input type="checkbox"/> F17-07	<input type="checkbox"/> J17-07	<input type="checkbox"/> Y17-07
<input type="checkbox"/> P17-03	<input type="checkbox"/> J17-08	<input type="checkbox"/> Y17-08
<input type="checkbox"/> P17-04	<input type="checkbox"/> J17-09	<input type="checkbox"/> BF17-02
<input type="checkbox"/> Q17-03	<input type="checkbox"/> CW17-02	<input type="checkbox"/> BF17-03
<input type="checkbox"/> Q17-04	<input type="checkbox"/> CW17-03	<input type="checkbox"/> L17-01

Name, Vorname	
Straße Nr.	
PLZ Wohnort	
Telefon	SC DJK-Mitglied <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
E-Mail	

### SEPA-Lastschriftmandat besteht schon!

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger SC DJK Everswinkel e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger SC DJK Everswinkel 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 die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN:
Bank
Datum, Unterschrift

## Anmeldung

Hiermit melde ich mich für folgenden Kurs an:  
(Bitte gewünschten Kurs ankreuzen!)

<input type="checkbox"/> F17-05	<input type="checkbox"/> J17-05	<input type="checkbox"/> Y17-05
<input type="checkbox"/> F17-06	<input type="checkbox"/> J17-06	<input type="checkbox"/> Y17-06
<input type="checkbox"/> F17-07	<input type="checkbox"/> J17-07	<input type="checkbox"/> Y17-07
<input type="checkbox"/> P17-03	<input type="checkbox"/> J17-08	<input type="checkbox"/> Y17-08
<input type="checkbox"/> P17-04	<input type="checkbox"/> J17-09	<input type="checkbox"/> BF17-02
<input type="checkbox"/> Q17-03	<input type="checkbox"/> CW17-02	<input type="checkbox"/> BF17-03
<input type="checkbox"/> Q17-04	<input type="checkbox"/> CW17-03	<input type="checkbox"/> L17-01

Name, Vorname	
Straße Nr.	
PLZ Wohnort	
Telefon	SC DJK-Mitglied <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
E-Mail	

### SEPA-Lastschriftmandat besteht schon!

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger SC DJK Everswinkel e.V. Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger SC DJK Everswinkel 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 die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN:
Bank
Datum, Unterschrift