



AKADEMIE FÜR KAMPFKUNST

Bonnerstr.49 53919 Weilerswist

Tel: 0221 – 43 00 849 mobil: 0170 – 3069380
info@kampfsport-weilerswist.de

Leitung: Annette Blum

Vertrag

Hiermit melde ich *mich* / *mein Kind* (als Mitglied, vertreten durch u.g. gesetzlichen Vertreter / Elternteil)

Vorname, Name: _____ geb. am: _____

Straße, Hsnr.: _____ PLZ, Ort: _____

Telefon/ mobil: _____ email: _____

Bei Minderjährigen Name und Anschrift des gesetzlichen Vertreters / Elternteil:

Vorname, Name : _____ geb. am: _____

Anschrift (falls abweichend vom Mitglied): _____

Telefon / mobil: _____ email: _____

für die Kursfächer: ☐ KuTaeKa-Do ☐ Kung Fu ☐ Kickboxen ☐ MMA /BJJ an.

Laufzeit: ☐ 12 Monate ---> **Tarif:** ☐ Mini 46 € (1x/Woche) ☐ Normal 65 € (2-3x/Woche)

Laufzeit: ☐ 6 Monate ---> **Tarif:** ☐ Mini 56 € (1x/Woche) ☐ Normal 75 € (2-3x/Woche)

Vertragsbeginn (Tag/Monat/Jahr) : _____ Laufzeitende: _____

Der monatliche Beitrag beträgt € _____ und ist jeweils zum Monatsersten im Voraus zu zahlen.

Wird dieser Vertrag nicht einen Monat vor Ablauf der vereinbarten Dauer gekündigt, so verlängert er sich stillschweigend unter Einhaltung einer einmonatigen Kündigungsfrist immer zum Ersten eines jeden Monats. Die Mindestdauer der Mitgliedschaft beträgt sechs bzw. zwölf Monate. Mit dem ersten Beitrag fällt eine einmalige Anmeldegebühr von 20 € an.

Besondere Vereinbarungen: _____

Die umseitigen Mitgliedschaftsvereinbarungen habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne diese als verbindlich an. Die umseitigen Erklärungen zum Datenschutz (DSGVO) habe ich gelesen und zur Kenntnis genommen.

Weilerswist, den _____

Unterschrift des gesetzlichen Vertreters Unterschrift des Mitglieds

EINZUGSERMÄCHTIGUNG:

Die AKADEMIE für KAMPFKUNST ist berechtigt, den monatlichen Beitrag von folgendem Konto per SEPA Lastschrift abzubuchen. Ich versichere hiermit, dass ich über u.g. Konto Verfügungsberechtigt bin.

Name des Kontoinhabers: _____

Bank: _____ IBAN: _____

Weilerswist, den _____

Unterschrift des Verfügungsberechtigten