# Anmeldung zum Tanzwochenende in Siegen

Programm _____ Monat _____ Jahr _____

**Veranstalter: Triangle Squares e.V., Solingen**

Web: www.trianglesquares.de * E-Mail: anmeldung2022@trianglesquares.de * Telefon: Ute Hanke, 0212-817509

**Anmelder / Zahlungspflichtiger:**

| | |
|---|---|
| Name, Vorname | Club |
| Straße | Telefon |
| PLZ / Ort | E-Mail (erforderlich für Anmeldebestätigung und SEPA-Ankünd.) |

**Teilnehmer:**

| Nr | Name, Vorname | Essen | | Zimmerwunsch | | | | Nur C2-WE: auch C3a |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Vegeta-risch | Diät | EZ | Kuschel DZ | Winke DZ | MBZ | |
| 1 | wie oben | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 2 | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 3 | | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| Bemerkungen: | | | | | | | | |

**EZ**: Einzelzimmer gegen Aufpreis lt. Flyer; **DZ**: Doppelzimmer, zum Kuscheln (Doppelbett) oder Winken (Einzelbetten), **MBZ**: Drei- oder Vierbettzimmer mit Rabatt lt. Flyer

**Zahlungswunsch:**

Die Teilnahme ist erst mit Hinterlegung einer Einzugsermächtigung oder der Überweisung fest gebucht. Ein Rechtsanspruch auf Teilnahme bzw. Durchführung der Veranstaltung ist ausgeschlossen. Bei einem Stornierungswunsch setze ich mich vor Anmeldeschluss mit dem Veranstalter in Verbindung. Bereits gezahlte Teilnahmegebühren werden dann gemäß den Bedingungen auf dem jeweiligen Flyer zurückerstattet. Evtl. durch Rücklastschrift verursachte Kosten werden mir in Rechnung gestellt. Bei Absage nach Anmeldeschluss fallen in jedem Fall Storno-kosten laut Flyer an.

☐ Überweisung
(spätestens zum Anmeldeschluss der Veranstaltung)

☐ Lastschrift, bestehendes Mandat
(Einzug erfolgt ca. 4 Wochen vor dem Tanztermin, nur für Banken im SEPA-Raum)

☐ Lastschrift, neues Mandat (siehe unten)
(Einzug erfolgt ca. 4 Wochen vor dem Tanztermin, nur für Banken im SEPA-Raum)

_____
Datum, Unterschrift des Anmelders

**SEPA-Lastschriftmandat:** (Einsetzbar für alle Konten bei Banken in SEPA-Ländern)

**Gläubiger:** Triangle Squares e.V., c/o Thomas Omerzu, Torckweg 6, 44379 Dortmund
**Gläubiger-Identifikationsnummer: DE55ZZZ00000021774, Mandatsreferenz:** *Wird separat mitgeteilt*

Ich ermächtige den Triangle Squares e.V., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Triangle Squares e.V. auf meinem Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

IBAN: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
BE DK AT CH DE FR

BIC: | | | | | | | | | | |

*(BIC nur für nicht-deutsche Banken erforderlich)*

_____
Datum, Unterschrift des Kontoinhabers