Anmeldung zum Tanzwochenende in Siegen

Programm ______ Monat ____________ Jahr __2024__

Veranstalter: Triangle Squares e.V., Solingen

Web: www.trianglesquares.de * E-Mail: anmeldung2024@trianglesquares.de * Tel.+Whatsapp: +49-231-1679306

Anmelder / Zahlungspflichtiger:

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

Teilnehmer:

Nr	Name, Vorname	Essen		auch Sonntag mittag + 18 €	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