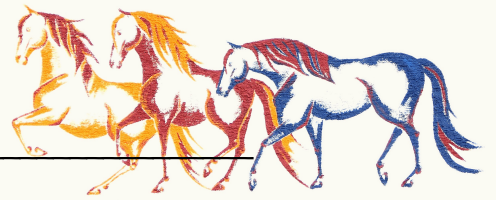


Anmeldung für Die Schiefentherapie



Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Mein Geburtsdatum: _____ email _____

Hiermit melde ich mich verbindlich an: (bitte ankreuzen):

Anatomisch Richtig Reiten - Die Schiefentherapie® mit Klaus Schöneich

2. - 4. März 2012

28. - 30. September 2012

Teilnehmer ohne Pferd 50 Euro pro Tag

Freitag

Samstag

Sonntag

Teilnehmer mit Pferd 110 Euro pro Tag

Freitag

Samstag

Sonntag

Theorieteil (je nach Teilnehmerzahl Donnerstag- oder Freitagabend) 60 Euro

Die Kursgebühr in Höhe von _____ Euro ist komplett mit der Anmeldung fällig:

Reitzeit GbR

BW Bank

Kontonummer 746 001 3609

BLZ 600 501 01

Verwendungszweck:

Name, Kurstitel

Die Anmeldung ist mit der Unterschrift verbindlich. Muss der Kurs von uns abgesagt werden, erhalten Sie die volle Anzahlung umgehend zurückerstattet. Wenn Sie an der Teilnahme verhindert sind, wird die Anzahlung als Bearbeitungsgebühr einbehalten. Bei vorzeitigem Abbruch oder Absage der Teilnahme Ihrerseits ab 4 Wochen vor Kursbeginn ist die gesamte Kursgebühr fällig.

Bitte schicken Sie mir unverbindlich Info's zur Reiserücktrittskostenversicherung

Hiermit bestätige ich, dass mein Pferd frei von ansteckenden Krankheiten ist, sich in einem guten Allgemeinzustand befindet und haftpflichtversichert ist.

Die Teilnahme an der Veranstaltung und die Unterbringung der Pferde geschehen auf eigene Gefahr. Während der gesamten Veranstaltung bleiben Reiter/Besitzer Tierhüter i. S. d. § 834 BGB und haften uneingeschränkt gemäß § 8333 BGB.

Veranstalter und Kursleiter schließen jede Haftung soweit gesetzlich zulässig aus.

Ort/Datum: Unterschrift:

Die Kosten für Übernachtung und Verpflegung werden vor Ort separat bar abgerechnet (s. Übernachtungskosten)

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschrift

Name und Anschrift des Kontoinhabers _____

An (Zahlungsempfänger): Reitzzeit GbR, Fauserhöhe 15, 72525 Münsingen

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/ uns zu entrichtenden

Zahlungen für (Kursname) _____

bei Fälligkeit zu Lasten meines/ unseres Kontos mit der Kontonummer: _____

und der Bankleitzahl _____ bei der _____

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein/ unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen

Ort, Datum Unterschrift

REITZEIT GbR

Fon/ Fax 07381/932798

BW Bank

Fauserhöhe 15

reitzzeit@googlemail.com

Kto 746 00 13609

72525 Münsingen

www.reitzzeit.com

BLZ 600 501 01
