Wasserwacht
Kreisverband Rosenheim
Ortsgruppe Bad Aibling

Trainingspauschale für das Schwimmtraining der Wasserwacht Bad Aibling

1. Persönliche Daten des Schwimmkindes

Name*:	_____	Vorname*:	_____
ggf. Geburtsname:	_____	Geschlecht:	_____
Geburtsdatum*:	_____	Geburtsort:	_____
Straße*:	_____	Hausnummer*:	_____
Postleitzahl*:	_____	Ort*:	_____
Telefon*:	_____	E-Mail*:	_____

* Pflichtangaben

2. Bedingungen der Teilnahme am Schwimmtraining

§ 1 Das Schwimmkind muss **Mitglied** in der Wasserwacht Bad Aibling (Teil des Kreisverbandes Rosenheim KdöR des Bayerischen Roten Kreuzes) sein.

§ 2 Die Trainingspauschale beträgt **40,00 € halbjährlich.**

§ 3 Der Einzug wird am 15. Oktober und 15. Februar vollzogen.

§ 4 Ausgenommen von der Trainingspauschale sind **aktive** Mitglieder der Wasserwacht Bad Aibling (min. 15 Jahre alt, Inhaber*In des Rettungsschwimmabzeichen Silber und aktive Einsatzkraft im Wachdienst).

§ 5 Ein Anspruch auf Rückerstattung der Trainingspauschale bei einer vorzeitigen Beendigung des Trainings besteht nicht.

§ 6 Eine Kündigung des Trainings kann spätestens jeweils einen Monat vor Abbuchungsmonat erfolgen.

§ 7 Probetraining:
Bei erstmaligem Trainingsbeginn im Schwimmtraining der Wasserwacht Bad Aibling wird ein Probetraining gewährt. Dieses ermöglicht die dreimalige Teilnahme am Schwimmtraining ohne der Notwendigkeit einer Mitgliedschaft oder der Zahlung der Trainingspauschale. Nach dem dritten Termin kann das Training ohne Zahlung verlassen werden. Bei der normalen Weiterführung des Trainings wird zum nächsten Abrechnungstermin der **doppelte Betrag** (für das vergangene und bevorstehende Halbjahr) fällig und eingezogen.

Ich erkläre mich bereit dem Schwimmtraining der Wasserwacht Bad Aibling zu den oben genannten Bedingungen beizutreten und die festgelegte Trainingspauschale zu zahlen. Ohne diese Einwilligung ist eine Teilnahme am Schwimmtraining nicht möglich.

_____ _____

Ort, Datum

Unterschrift

(Bei Minderjährigen ist die Unterschrift einer erziehungs- oder sorgeberechtigten Person notwendig)

3. SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige / Wir ermächtigen untenstehenden Zahlungsempfänger, wiederkehrende Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom untenstehenden Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:
Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsempfänger:	Bayerisches Rotes Kreuz Kreisverband Rosenheim (K.d.ö.R.) Tegernseestraße 5 83022 Rosenheim
Gläubiger-Identifikationsnummer.:	DE14 2800 0000 0066 04
Mandatsreferenz-Nummer:	_____ wird von der Wasserwacht Bad Aibling ausgefüllt.
Name des Zahlungspflichtigen:	_____ Name und Vorname des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)
Kreditinstitut:	_____ Name des Kreditinstituts des Zahlungspflichtigen (Kontoinhabers)
IBAN:	DE _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ _ _ | _ _ Internationale Bankkontonummer des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

_____	_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift	Unterschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Zusatzinformation:
Wenn der Kontoinhaber abweichend vom Zahlungspflichtigen/ Vertragspartner ist, gilt dieses SEPA-Lastschriftmandat für die Vereinbarung mit:

_____

Name und Vorname des Zahlungspflichtigen / Vertragspartners