



Anmeldung zur Teilnahme an einem Platzreifekurs im Golfclub Herzogstadt Celle e.V.

199,00 €
Kursgebühr: ~~249,99 €~~

2025 Kurs Nr./ _____
(Bitte Kurs-Nr.: eintragen)

| | |
|---|--|
| Name: | Vorname: |
| Straße: | PLZ/Wohnort: |
| Geburtstag: | Mobil.-Nr.: |
| Email: | |
| Bitte ankreuzen: Schläger vorhanden? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> | Bitte ankreuzen: Ich bin Rechtshänder <input type="checkbox"/> Ich bin Linkshänder <input type="checkbox"/> |

Ausgefüllt per Email: info@golf-celle.de

Ich melde mich zu einem Kurs zur Erlangung der Platzreife beim Golfclub Herzogstadt Celle e.V. verbindlich an. Ich ermächtige den Club die entstehenden Gebühren in Höhe von **199,00 Euro** zu Lasten meines Kontos

Bank: _____ IBAN: _____

einziehen.

Bei Absage der Kursteilnahme später als 7 Tage vor Kursbeginn werden 50 % der Kursgebühr, bei einer Absage von weniger als 2 Tagen vor Kursbeginn 100 % der Kursgebühr erhoben. Informationen und Inhalte der Kurse ergeben sich aus den Hinweisen auf der Seite www.golf-celle.de.

Mit meiner Anmeldung erlaube ich dem Club, meine personenbezogenen Anmeldedaten mit der Clubsoftware zu verarbeiten, sowie turnierbezogene Informationen (z.B. Ergebnislisten, Auszüge davon und ggf. Fotos meiner Person) auf der Club-Internetseite und auch in Print-Medien zu veröffentlichen.

Datum _____

Unterschrift _____