

ZAHLWEISE:
Teilnahmegebühr € 19,00
Gutschein

Anmeldung zum Golf-Schnupperkurs

Name:			Vorname:				
Stı	aße:						
PLZ:				Ort:			
Telefon:				E-Mail:			
Ge	burtsdatum:						
Rechtshand				Linkshand □			
Au	f uns aufmerksam ge	eworden durch:					
Те	rmine 2024						
	Samstag, 06.April Samstag, 13. April Samstag, 20. April Samstag, 27. April Samstag, 18. Mai Samstag, 25. Mai Samstag, 08. Juni Samstag, 22. Juni Samstag, 06. Juli Samstag, 28. September			Sonntag,	05. Mai 12. Mai 02. Juni 16. Juni 14. Juli 28. Juli 11. August 25. August 08. September 22. September	10 – 12 Uhr 10 – 12 Uhr	
	Samstag, 05. Oktober Samstag, 19. Oktober	14 – 16 Uhr 14 – 16 Uhr					
Än	Ideschluss ist jeweils am Iderungen vorbehalten. Anmeldungen von weni	ū					

Datum, Unterschrift:

Datenschutz: Ich erkläre mit der Unterschrift meine Zustimmung, dass sämtliche im Rahmen der Anmeldung für den Kurs angegebenen personenbezogenen Daten von der Golfplatz Iffeldorf GmbH & Co. KG gespeichert, verarbeitet und verwendet werden dürfen. Ich bin damit einverstanden, dass die Golfplatz Iffeldorf GmbH & Co. KG meine angegebene E-Mailadresse für die Zusendung von Informationen zu Kurs- und Spielangeboten nutzen darf. Ich kann diese Erklärung jederzeit widerrufen und damit einer künftigen Nutzung meiner Daten widersprechen.

Rückmeldungen an: Fax 08856-9255-59 – Mail: info@golfplatz-iffeldorf.de Bei Fragen helfen wir gerne weiter – auch vor Ort oder unter Tel. 08856-9255-0

