



Anmeldung zum DGV-Platzreife-Monatskurs

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____ Linkshand ☐ oder Rechtshand ☐ (bzgl. Leihschläger)

Geburtsdatum: _____ Auf uns aufmerksam geworden durch: _____

Ich melde mich hiermit verbindlich für den **DGV-Platzreife-Monatskurs**, gemäß Angebot vom 12.02.2026, zu **€ 179,00** an und wähle folgenden Kurs:

Freitags-Kurse jeweils 17.30 Uhr – 19.30 Uhr

- ☐ Kurs 1: 10./17./24. April
- ☐ Kurs 3: 08./22./29. Mai
- ☐ Kurs 5: 12./19./26. Juni
- ☐ Kurs 8: 07./21./28. August
- ☐ Kurs 9: 11./18./25. September
- ☐ Kurs 11: 02./09./16. Oktober

Samstags-Kurse jeweils 10.00 Uhr – 11.30 Uhr

- ☐ Kurs 2: 04./11./18./25. April
- ☐ Kurs 4: 09./16./23./30. Mai
- ☐ Kurs 6: 06./13./20./27. Juni
- ☐ Kurs 7: 04./11./18./25. Juli
- ☐ Kurs 10: 05./12./19./26. September
- ☐ Kurs 12: 03./10./17./24. Oktober

Zur DGV-Platzreifeprüfung werden gesonderte Termine bereitgestellt.
Die Prüfungsgebühr von **€ 80,00** wird bei Prüfungsanmeldung fällig.

Zahlungsweise:

- ☐ Bitte ziehen Sie die obengenannten Beträge von meinem Konto ein. (Sepa-Lastschrift-Mandat siehe Rückseite)
- ☐ Bitte stellen Sie mir eine Rechnung aus, ich überweise.

Datum, Unterschrift*

bitte wenden... ➡

* **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 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.





SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-ID Golfplatz Iffeldorf GmbH & Co. KG: DE97ZZZ00001040100

Ich ermächtige hiermit die Golfplatz Iffeldorf GmbH & Co. KG, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Golfplatz Iffeldorf GmbH & Co. KG auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Abweichend von der vom Gesetzgeber vorgesehenen Regelvorankündigungsfrist ("Pre-Notification") von 14 Tagen vor dem Lastschrifteinzug bestätige/n ich mit meiner Unterschrift auf diesem Schreiben die Vereinbarung einer Pre-Notification-Frist von mindestens 5 Kalendertagen vor dem Lastschrifteinzug bei der Erstlastschrift und 2 Kalendertagen bei Folgelastschriften.

Falls mein/unser* Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung.

Bankgebühren, die durch den Widerspruch, falsche Angaben auf der Einzugsermächtigung, Nichtdeckung des Kontos etc. entstehen, werden mir/uns* berechnet.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Name, Kontoinhaber

Straße

PLZ und Ort

Kreditinstitut

IBAN

BIC

Datum, Unterschrift

Der Bankeinzug soll gelten für: _____

Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt.