

Anmeldeformular Reha VoBa Liga

Vereinsname/Institution: _____

PLZ/Ort: _____

Email: _____

Sporttherapeut/Trainer/ÜL: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Email: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Vorname: _____

PLZ/Ort: _____

Mobil: _____

Unsere Einrichtung ist Mitglied des VBRS MV e.V.

ja

nein

Anzahl der Teams

Anzahl der Spieler

Anzahl der Betreuer

gesamt TN

Organisationsbeitrag

40,00 €

Die allgemeinen Bestimmungen (insbesondere "Startklassen") haben wir zur Kenntnis genommen.
Der Organisationsbeitrag wurde am _____ auf das angegebene Konto überwiesen.

Ort, Datum

Stempel der Einrichtung/Verein/Klinik/SHG, etc.

Unterschrift LeiterIn der Einrichtung