

ANMELDUNG – DGM-NRW Familienfreizeit 06.-08.09.2024

Hiermit melden wir uns verbindlich an:

Familienname

Mitgliedsnummer

Straße

PLZ Wohnort

E-Mail

Telefon

Mutter: Vorname

Vater: Vorname

1. Kind: Vorname Jahrgang

Muskelkrank Rollstuhl Diagnose

2. Kind: Vorname Jahrgang

Muskelkrank Rollstuhl Diagnose

3. Kind: Vorname Jahrgang

Muskelkrank Rollstuhl Diagnose

Eigenbeteiligung (bei Anmeldung zu überweisen!):

Kinder bis 6 Jahre: kostenfrei (Kinder unter 6 Jahren dürfen leider nicht klettern)

Kinder zwischen 7 - 14 Jahren: 30 €

Jugendliche ab 15 Jahren und Erwachsene: 60 €

Eigenbeteiligung bitte überweisen an:

Bank für Sozialwirtschaft Essen

IBAN: DE33 3702 0500 0007 2305 00

BIC: BFSWDE33XXX

Verwendungszweck: DGM - Familienfreizeit

Den Eigenanteil in Höhe von € habe ich am.....überwiesen.

Datum:.....Unterschrift:.....