



Handballverband
Rheinland e.V.
Rheinau 11
56075 Koblenz

Telefon:(0261) 135120
Fax: (0261) 135169
Internet: www.hvrheinland.de
email: info@hvrheinland.de

Bankverbindung:

Sparkasse Koblenz
Kto.-Nr.: 23 291
BLZ: 570 501 20
IBAN: DE15 570 501 20 0000 23291
BIC: MALADE51KOB

Anmeldeformular

| | | | |
|-----------------------|---|--------------------|----------------------|
| Name*: | <input type="text"/> | Vorname*: | <input type="text"/> |
| Verein*: | <input type="text"/> | Verband*: | <input type="text"/> |
| Lizenz: | <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> C <input type="radio"/> B <input type="radio"/> A | Lizenz-Nr.: | <input type="text"/> |
| Geburtsdatum*: | <input type="text"/> | Email*: | <input type="text"/> |
| Straße: | <input type="text"/> | PLZ, Ort: | <input type="text"/> |
| Telefon: | <input type="text"/> | Fax: | <input type="text"/> |

*** unbedingt anzugeben**

Aktuelle Trainertätigkeit:
(Verein/Altersstufe/Spielklasse)

Aktuelle Spielertätigkeit:
(Verein/Altersstufe/Spielklasse)

Ich habe bereits an folgenden Ausbildungen teilgenommen (**bitte unbedingt angeben!!!**)

Teil 1 im Jahr: Teil 2 im Jahr: Teil 3 im Jahr:

Ich melde mich zu(r) folgenden Ausbildung(en)/Fortbildung(en) an (**Bezeichnung und Datum der Lehrgänge**):

Kostenübernahme: (unbedingt auszufüllen!!!)

- Selbstzahler** (immer für Teilnehmer aus einem anderen Landesverband)
- Antrag auf Kostenübernahme, bei Ablehnung Selbstzahler**
- Antrag auf Kostenübernahme, bei Ablehnung keine Teilnahme**
- dem Antrag auf Kostenübernahme wurde zugestimmt**

Rechnungsempfänger (Vereinsname):
nur anzugeben bei Teilnehmern aus dem HV Rheinland:

Ort, Datum und Unterschrift

___ Ich bin damit einverstanden, dass meine Anschrift in der Teilnehmerliste des von mir gemeldeten Lehrgangs bekannt gegeben wird zwecks Bildung von Fahrgemeinschaften. Der HVR verpflichtet sich, die erhobenen Daten unter Einhaltung der gesetzlichen Datenschutzbestimmungen zu speichern.