## Die Deutsche Handball Trainer Vereinigung



stellt sich vor...

**Wir sind ...**

... ein Zusammenschluss von lizenzierten Handballtrainern und –schiedsrichtern aller Leistungsklassen, am Handball interessierten Sportmedizinern und Physiotherapeuten.

**Wir wollen ...**

... die Kompetenz der Trainer erhöhen und eine bessere Zusammenarbeit zwischen Trainern, Schiedsrichtern und der Sportmedizin erreichen, indem wir Fortbildungsangebote unterstützen bzw. ausrichten (Seminare, Lehrgänge, Workshops, DHTV-Events, ...)

**------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------**

# Mitgliedschaftsantrag

**Hiermit beantrage ich die Aufnahme in die Deutsche Handballtrainer-Vereinigung e.V.**

Name:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Geb.Dat.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anschrift:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ eMail:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

O Trainerlizenz (F, C, B, A, Diplom): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ O keine Lizenz

O Schiedsrichter (ohne Trainertätigkeit und –lizenz) \* O SR-Beobachter/Coach \*

O Student (Studienbescheinigung bitte beifügen) \*

O Sportmediziner O Physiotherapeut \*

*(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

Mit der Datenspeicherung ausschließlich für die Vereinsverwaltung bin ich einverstanden.

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift Mitglied: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SEPA-Lastschriftmandat** Gläubiger-ID.: DE86ZZZ00000299315

Mandatsreferenz: Wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige die DHTV Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der DHTV auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

O Jährlich am 05.02. € 96 bzw. ermäßigt \* € 48   
O Halbjährlich am 05.02. / 05.08. € 48 bzw. ermäßigt \* € 24

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

**Meine Bankverbindung lautet**

IBAN : DE \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_ \_ \_ | \_ \_

BIC : \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_

Name des Kreditinstituts: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Unterschrift Kontoinhaber:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\*) ermäßigter Beitrag für Schiedsrichter, Studenten, Physiotherapeuten

*(Falls zutreffend)*

Mitgliedschaft vermittelt durch:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

### DHTV

c/o Ortwin Gilcher 66292 Riegelsberg - Hauerstr.26

Tel: 06806 - 3060172 Fax: 06806 - 3060173

[www.dhtv.de](http://www.dhtv.de) eMail: kontakt@dhtv.de

1.Vorsitzender:

Klaus-Dieter Petersen 24161 Altenholtz,Klausdorferstr.68