

# 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: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Trainerlizenz (F, C, B, A, Diplom): _____            | <input type="radio"/> keine Lizenz        |
| <input type="radio"/> Schiedsrichter (ohne Trainertätigkeit und –lizenz) * | <input type="radio"/> SR-Beobachter/Coach |
| <input type="radio"/> Student (Studienbescheinigung bitte beifügen) *      |   |
| <input type="radio"/> Sportmediziner                                       | <input type="radio"/> Physiotherapeut *   |

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

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.

- |                                    |                    |                           |
|------------------------------------|--------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/> Jährlich     | am 05.02.          | € 96 bzw. ermäßigt * € 48 |
| <input type="radio"/> 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: \_\_\_\_\_

#### 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

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

(Falls zutreffend)

Mitgliedschaft vermittelt durch:

\_\_\_\_\_