



## Spielrecht Abo

Bestellschein für ein Abonnement

Ergänzen Sie Ihr Spielrecht bei Golf Gut Clarenhof um die DGV-Mitgliedschaft inkl. DGV-Karte (mit goldenem Hologramm\*), Handicap-Verwaltung, Sonderkonditionen auf unseren Partnerplätzen und Rabatten im Gut Clarenhof Hofladen und unserem Golfshop. \*Voraussetzung für das goldene Hologramm ist ein Wohnort max. 70 km rund um die Adresse: Moselweg 4, 53902 Bad Münsterfeifel

Das Abonnement soll gelten ab:  Monat/Jahr

Bitte unbedingt angeben.

**DGV-Kombispielrecht Startangebot im 1. Jahr** **39,90 € / Monat\*** ab dem 2. Jahr 45,- € / Monat\*  
**499,- € Einmalzahlung / 12 Monate\*** ab dem 2. Jahr 549,- € / 12 Monate\*

\* Inkl. 49 Euro Einschreibegebühr, inkl. 49 Euro Verbandsgebühr, inkl. DGV-Plastikkarte, inkl. Spielrecht bei Golf Gut Clarenhof (im Wert von 15,75 Euro/Monat), keine versteckten Kosten. Das DGV-Kombipaket gilt für das Kalenderjahr und kann mit 3-monatiger Frist zum Jahresende gekündigt werden. Bei einem unterjährigen Einstieg werden für die vergangenen Monate je Monat 15,75 Euro vom Gesamtbetrag für das volle Kalenderjahr abgezogen (499 Euro bzw. 549 Euro).

Sie haben noch ein **laufendes Spielrecht** für 2021? Kein Problem!

Wir rechnen Ihr Guthaben an und buchen ab Monat  Euro ab Monat  Euro.

Ich habe die Platzierlaubnis. Ich habe folgendes Handicap:

(Bitte legen Sie uns als Kopie oder via E-Mail an [golf@gut-clarenhof.de](mailto:golf@gut-clarenhof.de) Ihr PE-Zertifikat, Vorgabenstammblatt oder die Kopie Ihres alten DGV-Ausweises vor.)

### Persönliche Angaben der/des Abonnentin/Abonnenten

Bitte schreiben Sie deutlich lesbar in Druckbuchstaben und kreuzen Sie Zutreffendes an.

Familienname/ Vorname

Straße/Hausnummer

Postleitzahl/Wohnort

### Wichtig für Rückfragen:

Mobilfunk- oder Festnetznummer

E-Mail

w m d  
Geburtsdatum Geschlecht

Bei Minderjährigen bitte Angaben der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters bzw. Vertragspartnerin/Vertragspartners (falls abweichend zur/zum Abonnentin/Abonnenten)

Familienname/ Vorname

Straße/Hausnummer

Postleitzahl/Wohnort

Mobilfunk- oder Festnetznummer

E-Mail

w m d  
Geburtsdatum Geschlecht

Ich bin damit einverstanden, dass Sie mir Neuigkeiten und Angebote rund um **Golf Gut Clarenhof** an meine genannte E-Mail-Adresse senden.



# Spielrecht Abo

Bestellschein für ein Abonnement



## Gut Clarenhof GmbH & Co. KG

Gut Clarenhof 5  
50226 Frechen

## Sie möchten Abonnentin oder Abonnent werden?

Dann füllen Sie bitte den Antrag aus und senden ihn in einem ausreichend frankierten Umschlag an Golf Gut Clarenhof oder geben Sie ihn persönlich bei uns im Clubhaus ab.

Familienname/Vorname

## Datenschutz

Wir verwenden Ihre Daten (Spielrecht und persönliche Daten) zur Erfüllung dieses Vertrages (Art. 6 Abs. 1 Buchst. b) DSGVO) und zur Hinterlegung auf einer Liste im Clubhaus. Nähere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie unter <https://www.golf-clarenhof.de/datenschutz>

Ich bin damit einverstanden, dass die Abonnentin-/Abonnantendaten (Spielrecht und persönliche Daten) für aktuelle Informationen verwendet werden.

Sie können mich zusätzlich zum Postweg folgendermaßen kontaktieren:  
Ihre Zustimmung können Sie jederzeit widerrufen.

Telefon  SMS  E-Mail

**Die Abonnementbedingungen des Golf Gut Clarenhof sowie die gesetzlichen Informationen zum Datenschutz gemäß Art. 13 DSGVO habe ich zur Kenntnis genommen und akzeptiert.**

Datum

**X**

Ort, Unterschrift der Abonnentin/des Abonnenten

**X**

Ort, Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters/  
der Erziehungsberechtigten (bei Minderjährigen) bzw. der  
Vertragspartnerin/des Vertragspartners (falls abweichend zur/  
zum Abonnentin/Abonnenten)

## Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats

Hiermit ermächtige ich die **Gut Clarenhof GmbH & Co. KG**, Zahlungen vom unten genannten Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der **Gut Clarenhof GmbH & Co. KG** auf das Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

**Wir verwenden Ihre persönlichen Daten zur Erfüllung dieses Vertrages.  
Für weitere Informationen siehe Hinweise zum Datenschutz.**

Kontoinhaberin/Kontoinhaber (Familienname/Vorname)

IBAN

Kreditinstitut

Geburtsdatum

w  m  d

Geschlecht

**X**

Datum, Ort, Unterschrift des Kontoinhabers/Kontoinhaberin

**X**

Datum, Ort, Unterschrift der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters/  
der Erziehungsberechtigten (bei Minderjährigen) bzw. der Vertragspartnerin/des  
Vertragspartners (falls abweichend zur/zum Abonnentin/Abonnenten)