



Meldung zur 30. Dt. Apotheker-Tennismeisterschaft
am Samstag, 27. Juli 2024
(Meldeschluss: Mi, 24.07.2024)



an: Dr. Peter Aurnhammer, Fax: 089 – 96 12 579, E-Mail: peter.aurnhammer@gmx.de

Name: _____ **Vorname:** _____

Straße: _____ **Ort:** _____

Tel: _____ **Fax:** _____

Email: _____

Apotheke / Firma / Uni: _____

Beruf: Apotheker/in PTA PKA Pharmaziestudent/in

Geb.-Datum: _____ **Verein:** _____

Spielklasse / Liga: _____

Falls bekannt: **Leistungsklasse (1-23):** _____ **ID-Nummer:** _____

ich möchte LK-wirksam spielen

die LK-Wertung ist für mich nicht wichtig

Zahl der Begleitpersonen: _____ Erwachsene _____ Kinder

Nicht vergessen: Startgebühr überweisen! € 45,- (Studenten € 25,-) an:

Apotennisevent GbR VR Bank Ismaning BIC: GENO DE F1 IS V

IBAN: DE 35 7009 3400 0000 0921 50

Verwendungszweck: Name der Spielerin / des Spielers

Auf Grund der DSGVO weisen wir Sie daraufhin, dass während der Veranstaltung Fotos gemacht und danach teilweise veröffentlicht werden. Wenn Sie das nicht wünschen geben Sie dies bitte bei Ihrer Anmeldung an. Vielen Dank.