



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](mailto: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.