



Die mit * gekennzeichneten Felder müssen vollständig ausgefüllt werden, Ihre Anmeldung kann sonst nicht berücksichtigt und bearbeitet werden!

Anmeldung zum Gesangsworkshop

Ich/wir melde(n) mich/unser Kind verbindlich zum Gesangsworkshop am 13. März 2018 an. Erst mit der schriftlichen Bestätigung der Anmeldung durch die Musikschule, kommt der Vertrag zustande.

Schülerdaten

weiblich

* männlich

Geburtsdatum

*
Zuname

*
Vorname

*
PLZ Wohnort

*
Straße

*
Telefon privat Telefon dienstlich

Fax e-mail Adresse

*
Ort Datum Unterschrift (bei Minderjährigen des gesetzlichen Vertreters)

Vertragspartner/Zahlungspflichtiger:

weiblich

* männlich

Geburtsdatum

*
Zuname

*
Vorname

*
PLZ Wohnort

*
Straße

Handy

Lohstraße 13 (Alte Mühle) Telefon 06101 98340 www.musikschule-bad-vilbel.de
61118 Bad Vilbel Fax 06101 983410 info@musikschule-bad-vilbel.de
Bei Rückfragen zum Unterricht: weinheimer@musikschule-bad-vilbel.de

Brunnenstraße 2 (JUKUZ) Tel. 06039 930803
61184 Karben Fax 06039 930804



**Musikschule
Bad Vilbel und Karben**



SEPA - Basislastschriftmandat

(Vom Zahlungsempfänger auszufüllen)

Name des Zahlungsempfängers: Musikschule Bad Vilbel
Straße und Hausnummer: Lohstraße 13
Postleitzahl und Ort: 61118 Bad Vilbel Land: Deutschland
Gläubiger - Identifikationsnummer: DE54ZZZ00000199108

Mandatsreferenz: WIRD SEPARAT MITGETEILT

Kassenzeichen:

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Musikschule Bad Vilbel, Zahlungen bei Fälligkeit von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Fällt die Fälligkeit auf einen Samstag, Sonntag oder einen gesetzlichen Feiertag, so erfolgt der Einzug am nächstfolgenden Arbeitstag. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Musikschule Bad Vilbel auf mein (unser) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Es wird vereinbart, dass die Vorankündigung auch mit einer kürzeren Frist (bis zu 2 Tage) als in der SEPA-Vorschrift genannt erfolgen kann und es sich hierbei um eine autorisierte Zahlung mittels SEPA-Basislastschrift handelt.

Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart: Wiederkehrende Zahlung

(Vom Kontoinhaber auszufüllen)

Nachname des Kontoinhabers: _____

Vorname des Kontoinhabers: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Wohnort: _____ Land: _____

Telefonnummer: _____ Geburtsdatum: _____

Mailadresse: _____

Kreditinstitut: _____

IBAN: DE __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __ __ __ | __ __

BIC: __ __ __ __ | __ __

Ort _____ Datum _____ Unterschrift(en) des/der Kontoinhaber(s) _____