



Musikschule Kaarst
Mark Koll
Ludwig-Erhard-Str. 12
41564 Kaarst
Tel. (02131) 766 733
Fax: (02131) 766 734
E-Mail: mk@musikschule-kaarst.de
www.musikschule-kaarst.de

Anmeldung

- Chor / Musicalensemble

Name	
Vorname	Geburtstag:
Straße	
PLZ / Ort	
Telefonnummer	
E-Mail	

Ein Chorjahr beginnt nach den Sommerferien und endet mit Beginn der Sommerferien im Folgejahr. Der Beitrag ist jeweils im September fällig. Im Falle einer Zahlungserinnerung müssen wir einen Kostenaufwand von 5,00 EUR berechnen. Eine Kündigung sollte auf jeden Fall **schriftlich erfolgen** und ist nur zum Ende eines Chorjahres möglich.

Für die Teilnahme an einem oder mehreren Ensembles ist folgender Jahresbeitrag zu entrichten:

Schüler mit Musikunterricht an unserer Musikschule: 60€ / Jahr
Keine Schüler der Musikschule: 70€
(Geschwisterrabatt 10,00 € auf die Gesamtsumme)

Es gelten die AGB's der Musikschule, einzusehen unter www.musikschule-kaarst/kontakt

Datum

Unterschrift des Teilnehmers / bzw eines Erziehungsberechtigten

Bitte beachten Sie das SEPA-Mandat auf der Rückseite

Bankverbindung: Kontoinhaber: Mark Koll / IBAN: DE77 3055 0000 02407 44607 / BIC: WELADEDNXXX

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Markus Koll

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Ludwig-Erhard-Str. 12a

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

41564 Kaarst

Land / Country:

Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:

DE32ZZZ00000406890

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

ID

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger **Markus Koll** Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger **Markus Koll** auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor **Markus Koll** to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor **Markus Koll**.

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address

Straße und Hausnummer / Street name and number:

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

Land / Country:

IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):

BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):

Ort / Location:

Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor: