

Geschäftsstelle
der Musikschule des Landkreises Bernkastel-Wittlich
 Kreismusikschule – Kreismusikverband – Kreis-Chorverband
 Kurfürstenstraße 16
 54516 Wittlich

Anmeldung
für Schüler/innen der IGS Salmtal – Bläserklasse ab 01.09.2026
(vorbehaltlich der Aufnahme an der IGS Salmtal)

Schülerin/Schüler	Erziehungsberechtigte/r
Name: _____	Name: _____
Vorname: _____	Vorname: _____
geb. am: _____	Straße: _____
	PLZ: _____ Wohnort: _____
	Telefon: _____
	Email: _____

Befindet sich bereits ein Familienmitglied im Instrumentalunterricht? Ja Nein

Unterrichtsangebot:

Bläserklasse (mtl. Unterrichtsentgelt 30 € incl. Instrument)

Die Schülerin/der Schüler soll ausgebildet werden in:

Instrument: _____ (wird später von der Schule nachgetragen)

Die Schulordnung erkenne/n ich/wir rechtsverbindlich an.
 Das monatliche Unterrichtsentgelt in Höhe von 30 Euro ist durch die Eltern zu zahlen.

Zahlung ist nur per Bankeinzugsverfahren möglich (*bitte Rückseite ausfüllen!*)!

(Datum, Unterschrift)

Ansprechpartner: Frau Meier Telefon 06571/142398 (Fax: 06571/1442398)

Allgemeine Öffnungszeiten:
 Mo.-Fr.: 8³⁰ - 12⁰⁰ Uhr
 Mo.: 14⁰⁰ - 16⁰⁰ Uhr
 Do.: 14⁰⁰ - 18⁰⁰ Uhr
 und nach Vereinbarung

Bürgerservice:
 Öffnungszeiten:
 Mo.-Do.: 7⁰⁰ - 18⁰⁰
 Fr.: 7⁰⁰ - 15⁰⁰

Kontakte:
 Tel.: (0 65 71) 14 - 0
 Fax: (0 65 71) 14 - 2500
 E-Mail: Info@Bernkastel-Wittlich.de
 Internet: www.Bernkastel-Wittlich.de

Bankverbindungen:
 Sparkasse Mittelmosel Eifel-Mosel-Hunsrück
 (BLZ 587 512 30) Kto. 600 151 38
 BIC: MALADE51BKS IBAN: DE19587512300060015138
 Vereinigte Volksbank Raiffeisenbank eG (BLZ 587 609 54) Kto. 36 00 3



SEPA – Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name: Landkreis Bernkastel-Wittlich Kreisverwaltung (Musikschule)	
Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address Straße und Hausnummer / Street name and number: Kurfürstenstraße 16	
Postleitzahl und Ort / Postal code and city: 54516 Wittlich	Land / Country: Deutschland
Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier D E 7 1 Z Z Z 0 0 0 0 0 1 9 2 5 9 4	
Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor): B l ä s e r k l a s s e I G S S a l m t a l	
Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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 (name see above) 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 (name see above). 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: <input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment <input type="checkbox"/> 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:	