

Anmeldung für Schüler/innen der IGS Salmtal – Bläserklasse ab 01.09.2023

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!

(Datum, Unterschrift)

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

Allgemeine Öffnungszeiten:
Mo.-Fr.: 8⁰⁰ - 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):

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:

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: