



Anmeldung

zur Musiktherapie

mit 45 Minuten (wöchentliche Therapiesitzung)



Einzel- oder Gruppe

Name und Vorname Erziehungsberechtigte:r

Name und Vorname Schüler:in

Geburtsdatum m/w

Straße

Telefon

Plz, Ort

mobil

E-mail

aktive Familienmitglieder mit Unterricht

Ich bin einverstanden gelegentliche Informationen per E-mail zu erhalten

Die Schulordnung und Gebührenordnung habe ich erhalten. Ich erkenne die Schulordnung an und verpflichte mich, die an der Musikschule Schönau festgelegten Kündigungsfristen einzuhalten (jeweils 4 Wochen vor dem 31.03. oder dem 30.09.)

Ich bin einverstanden, dass meine Daten für Verwaltungszwecke gespeichert werden.

Die vollständigen Datenschutzhinweise sind nachzulesen unter www.musikschule-schoenau.de oder können angefordert werden.

Datum

Unterschrift



Bitte zurück an die Musikschule Schönau

Musikschule Schönau gGmbH
Hauptstraße 50
69250 Schönau

Erteilung eines SEPA – Lastschriftmandats für wiederkehrende Zahlungen

Zahlungsempfänger	Musikschule Schönau gGmbH Hauptstrasse 50 69250 Schönau	_____ Mandatsreferenz (wird von der Musikschule ergänzt)
Gläubiger Identifikationsnummer:	DE25ZZZ00000922086	

Hiermit ermächtige ich die Musikschule Schönau gGmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Musikschule Schönau gGmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Innerhalb von acht Wochen ab dem Belastungsdatum kann ich die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vor-/ Nachname Kontoinhaber:in _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort / Datum

Unterschrift Kontoinhaber:in

Hier bitte ausfüllen, wenn der/die Kontoinhaber:in kein Elternteil ist:

Straße/ Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon/ mobil: _____

e-Mail: _____