

# ANMELDUNG KVHS WALLERFANGEN

**Leiter: Dr. Dieter Ullrich, Lerchenweg 15, 66798 Wallerfangen**

**Telefon: 06831 9667166**

## Hiermit melde ich mich verbindlich zu der untenstehenden Veranstaltung an.

(Bitte in Blockschrift ausfüllen)

_____	_____	_____	_____	_____	_____
Kursnummer		Kursbezeichnung			
Zahlung:	<input type="checkbox"/> Rechnung (zzgl. 2,60 Euro Verwaltungsgebühr)	<input type="checkbox"/> Lastschrift	<input type="checkbox"/> Ermäßigung (Nachweis ist als Kopie beigefügt)		
<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau				

_____	_____	_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum (Pflichtfeld)		
_____	_____	_____	_____	_____
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort			
_____	_____	_____	_____	_____
Telefon (dienstlich)	Telefon (privat)			
_____	_____	_____	_____	_____
E-Mail	Fax			

Die allgemeinen Geschäftsbedingungen der Kreisvolkshochschule habe ich zur Kenntnis genommen und erkenne sie an. Mit der Speicherung meiner Daten zu internen Zwecken bin ich einverstanden. Eine schriftliche Bestätigung der Anmeldung erfolgt nicht. Wenn Sie nichts von uns hören, gilt Ihre Anmeldung als angenommen. Sollte die Veranstaltung ausfallen oder ausgebaut sein, werden Sie benachrichtigt.

Ort, Datum

Unterschrift



Kreisvolkshochschule Saarlouis (KVHS)

Gläubigeridentifikationsnummer: DE37ZZZ00001208602

## SEPA Lastschriftmandat

### Mandatsreferenz wird auf Anfrage mitgeteilt

Ich ermächtige die KVHS, das Kursentgelt von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der KVHS auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen. Sofern Sie keine gesonderte Mitteilung erhalten, erfolgt die Abbuchung des Kursentgeltes frühestens 14 Tage nach Kursbeginn: im 1. Semester 31.05. oder 31.08. / im 2. Semester 30.11. oder 28.02. (29.02.)

Das Mandat gilt als erteilt.

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

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten elektronisch von der KVHS weiterverarbeitet werden.

Kontoinhaber

IBAN

BIC

Ort, Datum

Unterschrift