



Ministerium für Familie, Kinder,
Jugend, Kultur und Sport
des Landes Nordrhein-Westfalen



Schule für Musik im Kreis Warendorf
Geschäftsstelle
Waldenburger Straße 2
48231 Warendorf

Kontaktdaten

Zimmer C 0.92
Tel. 02581-534307
Fax: 02581-534399
Mail: info@schulefuermusik-waf.de
www.schulefuermusik-waf.de

Bitte senden Sie die Anmeldung bis zum **20. Mai** im Original an die oben genannte Adresse.

Anmeldung zu JeKits-II „Singen“ an der „Roncallischule“ in Beckum

Der JeKits II - Unterricht erstreckt sich von August des aktuellen Jahres bis zum Juli des Folgejahres. Die Höhe des Elternbeitrages beträgt für diesen Zeitraum 144 €, zahlbar in monatlichen Raten á 12 €. Nehmen mehrere Kinder einer Familie gleichzeitig teil, wird ab dem zweiten Kind die Hälfte der Gebühr erlassen. Die Abbuchungstermine werden in einer detaillierten Jahresrechnung mitgeteilt.

Die Unterrichtszeit beträgt wöchentlich 90 Min. bzw. 2 Unterrichtsstunden.

Innerhalb von 14 Tagen nach Anmeldungseingang kann ohne Angabe von Gründen vom Vertrag zurückgetreten werden. Nach Ablauf dieser Frist ist eine Kündigung nicht mehr möglich.

Name, Vorname des Kindes	Geb.-Datum	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Klasse	Wird Ihr Kind im kommenden Schuljahr ein Betreuungsangebot besuchen? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Übermittag <input type="checkbox"/> OGS	

Angaben der Erziehungsberechtigten:

Name, Vorname der Mutter	Name, Vorname des Vaters
Straße	PLZ / Ort / Ortsteil
Zur besseren Erreichbarkeit geben Sie uns bitte auch Ihre Handy-Nr. und E-Mail Adresse an.	
Handy/Telefon	E-Mail
Datum, Unterschrift der Mutter	Datum, Unterschrift des Vaters

Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandats

Name des Zahlungsempfängers:

Schule für Musik im Kreis Warendorf e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers

Straße und Hausnummer: **Waldenburger Straße 2**

Postleitzahl und Ort: **48231 Warendorf**

Gläubiger-Identifikationsnummer:

DE41ZZZ00000207296

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen):

Einzugsermächtigung:

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben) widerruflich, die von mir / uns zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem / unserem Konto einzuziehen.

SEPA-Lastschriftmandat:

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 könne innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Zahlungsart:

Wiederkehrende Zahlung

Einmalige Zahlung

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):

Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer:

Postleitzahl und Ort:

IBAN des zahlungspflichtigen (max. 22 Stellen):

D	E																					
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC (8 oder 11 Stellen)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ort

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):