



SCHULE FÜR MUSIK
IM KREIS WARENDORF

Schule für Musik
im Kreis Warendorf e.V.
Geschäftsstelle
Waldenburger Straße 2
48231 Warendorf

Zi. C 0.92
Tel. 02581-534307
Fax 02581-534399
info@schulefuermusik-waf.de
www.schulefuermusik-waf.de

Antrag auf Aufstockung der Unterrichtszeit

Ich beantrage den Unterricht meines Kindes von bisher Min. (bitte eintragen) auf 30 Min. aufzustocken.
 45 Min.

Name, Vorname des Kindes	Unterrichtsfach
Geb.-Datum	Unterrichtsort
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	Lehrkraft

ÜBER DIE DARAUSS RESULTIERENDE SCHULGELDERHÖHUNG BIN ICH INFORMIERT.

Angaben der Erziehungsberechtigten:

Name, Vorname der Mutter	Name, Vorname des Vaters
Straße	Die Schul- und Schulgeldordnung der Schule für Musik im Kreis Warendorf e.V., in der jeweils gültigen Fassung, erkennen wir als rechtsverbindlich an.
PLZ / Ort / Ortsteil	
Zur besseren Erreichbarkeit geben Sie uns bitte auch Ihre Handy-Nr. und E-Mail Adresse an.	Datum, Unterschrift der Mutter
Tel. / Handy vormittags / nachmittags	Datum, Unterschrift des Vaters
E-Mail	

Die Anmeldung wird mit der Unterrichtsaufnahme rechtsverbindlich.
Zur Erteilung einer Einzugsermächtigung und eines SEPA-Lastschriftmandates
bitte das Formular auf der Rückseite vollständig ausfüllen.

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)

DE

Ort

Datum (TT/MM/JJJJ):

Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber):