

Anmeldung		Abschnitt für die VHS	
Kurs-Nr.:	Kurs-Titel:	Kursgebühr (Euro):	
Kurs-Nr.:	Kurs-Titel:	Kursgebühr (Euro):	
Kurs-Nr.:	Kurs-Titel:	Kursgebühr (Euro):	
Name			
Name		Vorname	
Anschrift			
Telefon		Handy/E-Mail (optional)	
unter 18 <input type="checkbox"/>	18-25 <input type="checkbox"/>	25-35 <input type="checkbox"/>	35-50 <input type="checkbox"/>
50-65 <input type="checkbox"/>	über 65 <input type="checkbox"/>		
Alter (bitte für statistische Zwecke ankreuzen)			
bar (nur bei der Amtskasse) <input type="checkbox"/>	Lastschrift (bitte füllen Sie zusätzlich das SEPA- Lastschriftmandat aus) <input type="checkbox"/>	Überweisung (IBAN und BIC siehe unterer Abschnitt) <input type="checkbox"/>	
Zahlung			
<p>Die Teilnahmebedingungen habe ich gelesen und erkenne sie hiermit an. Ihre Daten werden nach den gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes nur für VHS-interne Zwecke verwendet.</p> <p>Die Kursgebühr ist bei Nichtteilnahme auch dann zu entrichten, wenn sich die Teilnehmerin/der Teilnehmer nicht spätestens am ersten Werktag nach Kursbeginn (bei Einzelveranstaltungen eine Woche vorher) im Büro der VHS abgemeldet hat.</p>			

Ort, Datum

Unterschrift

✂-----

Anmeldung		Abschnitt Teilnehmerin/Teilnehmer	
Bankverbindung: Förde Sparkasse			
Empfänger: Amt Dänischer Wohld			
IBAN: DE53 2105 0170 0000 5000 17		BIC: NOLADE21KIE	
Betrag:			
Verwendungszweck: „VHS“ (mit Angabe von Kursnummer und Kurstitel)			
<p>Die Kursgebühr ist bei Nichtteilnahme auch dann zu entrichten, wenn sich die Teilnehmerin/der Teilnehmer nicht spätestens am ersten Werktag nach Kursbeginn (bei Einzelveranstaltungen eine Woche vorher) im Büro der VHS abgemeldet hat.</p>			

SEPA-Basislastschriftmandat (Bitte nicht faxen oder mailen!)

Amt Dänischer Wohld
Der Amtsdirektor/Amtskasse
Karl-Kolbe-Platz 1
24214 Gettorf

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE34ZZZ00000032337

Mandatsreferenz: _____ (wird noch bekannt gegeben)

Ich ermächtige hiermit das Amt Dänischer Wohld,

einmalig folgende Zahlung:

VHS Kurs-Nr.:	
Kursbezeichnung:	
Kursgebühr:	
Teilnehmer/in:	

von meinem Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Amt Dänischer Wohld auf mein Konto gezogene Lastschrift einzulösen.

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

Zahlungspflichtige(r): (KontoinhaberIn)

Name, Vorname	
Straße und Hausnummer	
PLZ und Ort	
Telefonnummer	
Kreditinstitut (Name)	
BIC	
IBAN	DE _____
Ort, Datum	
Unterschrift	

(Wir benötigen Ihre persönliche Unterschrift)