

STÄDTISCHE MUSIKSCHULE RASTATT
Herrenstr. 26, 76437 Rastatt, Tel. 07222/972-8301, Fax: 07222/972-8399

ANMELDUNG

Familienname:.....Vorname:.....Geburtstag:.....

für das Fach:..... Anfänger: ja/nein*

Leihinstrument gewünscht: ja/nein*

bisheriger Musikunterricht:.....wo:.....seit:.....

Das Kind ist zu folgenden Zeiten (z.B. durch Schulbesuch) verhindert:.....

Ist ein weiteres Kind schon an unserer Schule ? ja/nein*.....

Vorname des Kindes

Ich bin damit einverstanden, dass Sie **Foto-, Film- und Videoaufnahmen** von meinem/unserem Kind zum Zweck der internen Dokumentation, zur Veröffentlichung in den Medien und auf den Internetseiten der Stadt Rastatt, im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit bezüglich Musikschuleinrichtungen, wie z.B. Präsentation der Musikschule bei Veranstaltungen, Presseberichte der Musikschule, etc. machen.

Gesetzlicher Vertreter:

Familienname:.....Vorname:.....

Anschrift:.....
(Straße) (Ort - ev. Stadtteil)

Telefon:.....
(privat) (dienstlich)

Fax:.....E-Mail:.....

Wird Sozialermäßigung beantragt? ja/nein*

Durch meine Unterschrift bestätige ich den Erhalt der Schul- und Entgeltordnung der Städtischen Musikschule Rastatt und erkenne deren Geltung in der jeweils gültigen Fassung an.

Mir ist bekannt, dass die jeweils aktuelle Fassung der Schul- und Entgeltordnung jederzeit zu den üblichen Geschäftszeiten im Sekretariat der Städtischen Musikschule Rastatt eingesehen werden kann und ich dort auf Wunsch ein Exemplar erhalte.

.....
Datum

.....
Unterschrift

* Nichtzutreffendes bitte streichen

Erledigungsvermerke: (wird von der Verwaltung ausgefüllt)

Unterrichtstag:.....Zeit:.....Tarif:.....

Lehrer:.....ab.....

Genehmigung der Schulleitung.

SEPA-Lastschriftmandat / SEPA Direct Debit Mandat

Stadt Rastatt, FB Finanzwirtschaft, KB Stadtkasse, Herrenstr. 15, 76437 Rastatt

DE21ZZZ00000347239

Gläubiger-Identifikationsnummer / creditor identifier

Stadtverwaltung Rastatt
KB Stadtkasse
Herrenstr. 15
76437 Rastatt

Ich ermächtige (Wir ermächtigen) die Stadt Rastatt, Zahlungen von meinem (unserem) Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein (weisen wir unser) Kreditinstitut an, die von der Stadt Rastatt auf mein (unsere) Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann (Wir können) innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem (unserem) Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, I (we) authorise Stadt Rastatt to send instructions to my (our) bank to debit my (our) account and my (our) bank to debit my (our) account in accordance with the instructions from the creditor Stadt Rastatt. Note: I can (we can) demand a refund of the amount charged within eight weeks, starting with the date of the debit request. The terms and conditions agreed upon with my (our) financial institution apply.

Information: Die Lastschriften werden zu den Fälligkeitszeitpunkten bewirkt, die in den Bescheiden, Rechnungen, und Verträgen ausdrücklich genannt sind. Dort werden auch die genauen Einzugsbeträge genannt.

Zahlungspflichtiger	Name/ Name of the debtor
	Straße und Hausnummer / debtor Street and number
	Land, Postleitzahl und Ort / debtor Country debtor Postal code and City
	IBAN / debtor IBAN
	SWIFT BIC / debtor SWIFT BIC
	Mandatsreferenz- wird vom Zahlungsempfänger ausgefüllt Mandate reference - to be completed by the creditor
Zahlung für	Dieses SEPA-Lastschriftmandat gilt für o.g. Buchungszeichen/Vertragsgegenstand this mandate is valid for the agreement with
Zahlungsart	<input checked="" type="checkbox"/> Wiederkehrende Zahlung / recurrent payment <input type="checkbox"/> Einmalige Zahlung /one-off payment

Ort und Datum _____
City and date of signature(s)

Unterschrift(en)/Signatures _____