

# **ANMELDUNG zur Grund-Ausbildung Gewaltfreie Kommunikation nach Marshall B. Rosenberg 2021** (Kurs-Nr. 221-101)

**Zeitraum:** Fr-So 15.-17.07. / 09.-11.09. / 14.-16.10. / 09.-11.12.22 Fr und Sa 09:00-17:00  
Uhr, So 09:00-13:30 Uhr

**Ausbildungsgebühren:** 1.190,00 €. / Bei Zahlung in vier Raten 1.250,00 €  
(vier Raten à 312,50)  
1. Rate: 15.04.22 / 2. Rate: 01.07.22 / 3. Rate: 01.10.22 /  
4. Rate: 01.12.22

Name:.....Vorname:.....

Straße:..... PLZ Ort:.....

Tel./Fax:.....geb.am:.....

Mobil:.....E-Mail:.....

Der Vertrag wird mit Eingang der Anmeldebestätigung wirksam.

**Die beigefügten Allgemeinen Geschäftsbedingungen werden anerkannt.**

Der Kurs ist so ausgelegt, dass eine Teilnahme nur an einzelnen Wochenenden nicht möglich ist.

---

Ort, Datum Unterschrift: Teilnehmer:in

## **Abbuchungserklärung**

Die Raten/der Gesamtbetrag werden/wird per Abbuchungserklärung vom Evang.  
Bildungszentrum Hospitalhof Stuttgart abgebucht. Ich bin mit der Abbuchung

- ☐ des Gesamtbetrages bzw.
- ☐ der jeweiligen Rate von meinem Konto einverstanden.

Bitte dann beiliegendes SEPA-Formular ausfüllen und unterschrieben an uns zurücksenden.

## **Alternativ:**

- ☐ Ich überweise den Gesamtbetrag auf das angegebene Konto

Unsere Kontoverbindung:

IBAN DE97520604100000400130, BIC GENODEF1EK1

Vermerk: 221-101 GfK-Grund-Ausbildung

Die Ausbildungskosten werden als Gesamtbetrag eine Woche vor Beginn von uns abgebucht.

**Bitte senden an:** Evang. Bildungszentrum Hospitalhof Stuttgart, Büchsenstr. 33, 70174 Stuttgart,  
Tel. 0711 / 2068-150, Fax 0711 / 2068-327, E-Mail: [info@hospitalhof.de](mailto:info@hospitalhof.de). [www.hospitalhof.de](http://www.hospitalhof.de)

**Evang. Bildungszentrum Hospitalhof Stuttgart**  
**Büchsenstr. 33**  
**70174 Stuttgart**



## **Erteilung eines SEPA-Lastschriftmandats**

Unsere Gläubiger-Identifikationsnummer: DE35ZZZ00000058703

Ihre Mandatsreferenznummer wird Ihnen mit der ersten Vorabankündigung zum tatsächlichen Lastschrifteinzug noch mitgeteilt.

### **SEPA-Lastschriftmandat**

Ich ermächtige das Evang. Bildungszentrum Hospitalhof Stuttgart Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom. Evang. Bildungszentrum Hospitalhof Stuttgart auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

\_\_\_\_\_  
Vorname und Name (Kontoinhaber:in)

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnummer

\_\_\_\_\_  
PLZ und Ort

\_\_\_\_\_  
Kreditinstitut Name

\_\_\_\_\_  
BIC

DE\_\_\_\_\_  
IBAN

\_\_\_\_\_  
Datum/Ort und Unterschrift